Die Sorgen sterbender Patienten

Ansichten von Ärzten, Schwestern/Pflegern, Spitalpfarrern und Patienten im Vergleich

Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der Universität Zürich

vorgelegt von
HARTMUT MÜHLEN
aus der BRD

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. F. Stoll

Zürich 1987
Zentralstelle der Studentenschaft

Die Sorgen sterbender Patienten

Ansichten von Ärzten, Schwestern/Pflegern, Spitalpfarrern und Patienten im Vergleich

Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der Universität Zürich

vorgelegt von
HARTMUT MÜHLEN
aus der BRD

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. F. Stoll

Zürich 1987
Zentralstelle der Studentenschaft

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507206_0001

Meiner Frau,

ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre

INHALT

DANKSAGUNG V

ABKÜRZUNGEN VII

MERK-FALTBLATT VIII

I. EINLEITUNG 1

II. DAS UMFELD DER UNTERSUCHUNG: DIE BESCHÄFTIGUNG MIT TOD UND STERBEN IN DER PSYCHOLOGIE 5

A. ALLGEMEINER ÜBERBLICK ÜBER DIE THANATOPSYCHOLOGIE 5

1. Kurzgefasste Geschichte der Thanatopsychologie 5

2. Themenbereiche der Thanatopsychologie 12

3. Methoden der Thanatopsychologie 16

B. SPEZIELLER ÜBERBLICK ZUM THEMA DER UNTERSUCHUNG 21

1. Der Rahmen der Thematik: Die Interaktion Sterbender 21

1.1 Der Einfluss der Interaktionspartner auf den Sterbenden 22
1.2 Die Beziehung zwischen Patient und Arzt 24
1.3 Die Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal 26
1.4 Die Beziehung zwischen Patient und Spitalpfarrer 27

Exkurs 1: Der soziale Tod 29

2. Die wichtigsten Forschungsergebnisse zum Thema der Untersuchung 31

2.1 Erleben und Verhalten von Patienten 32
2.2 Einstellung, Erleben und Verhalten von Bezugspersonen 41
2.3 Vergleich zwischen den Ansichten von Patienten und Bezugspersonen 49
2.4 Synopse der Probleme von Patienten 52

3. Methodik der Erforschung der Probleme von Patienten 59

III. DIE UNTERSUCHUNG: DIE SORGEN STERBENDER PATIENTEN 61

A. DIE KONZEPTION DER UNTERSUCHUNG 61

1. Ziele 61

2. Inhalte und Definitionen 62

2.1 Sterbender Patient und Sterbeprozess 62
2.2 Sorgen/Probleme 64
2.3 Die Probleme im einzelnen 70
2.4 Die Bezugspersonen der Patienten 73
2.5 Zusammenfassung 75

3. Methodik 76

3.1 Methodik und Datenbasis 76
3.2 Auswertung 77

4. Hypothesen 78

B. DIE DREI STUDIEN 81

1. Die schriftliche Umfrage bei Bezugspersonen sterbender Patienten 81

1.1 Stichprobe und Repräsentativität 81
1.2 Methodik 84
1.3 Beschreibung der Stichprobe 85
1.4 Ergebnisse 96

1.4.1 Vorbemerkung 96
1.4.2 Welche Probleme haben sterbende Patienten nach Ansicht ihrer Bezugspersonen? 97

a. Wie oft kommen die Probleme bei sterbenden Patienten vor? 97
b. Häufige, weniger häufige und seltene Probleme 99
c. Die Gruppierung von Problemen zu Faktoren 104
d. Eindeutigkeit und Beurteilbarkeit der Probleme 105
1. Fehlende Antworten 105
2. Bemerkungen zu den Problemen 107
e. Welche Probleme fehlen den Bezugspersonen im Problemkatalog? 111
f. Beantwortung der Problemfragen nicht möglich 112

1.4.3 Das Interesse der Befragten an der Thematik 115

a. Information über die Ergebnisse 115
b. Kommentare zur Untersuchung 116

1.4.4 Der Einfluss der soziographischen Variablen auf die Beurteilung der Probleme 117

a. Geschlecht 117
b. Alter 119
c. Arbeitsort 121
d. Medizinische Abteilung 122
e. Berufliche Position 123
1. Ärzte 123
2. Schwestern 125
3. Pfarrer 126
f. Kontakt mit sterbenden Patient 126

1.4.5 Zusammenfassung und Diskussion 129

a. Zusammenfassung 129
b. Diskussion 135
1. Grundsätzliche Überlegungen 135
2. Erörterung der Ergebnisse 137

Exkurs 2: Wie wird der todkranke Patient in Spitälern im Kanton Zürich aufgeklärt? 150

1. Ergebnisse 150
2. Diskussion 153

Exkurs 3: Die Thematik der Studie im Spiegel der Kommentare der Befragten 159

1. Einleitung 159
2. Kommentare zum Fragebogen und zur Untersuchung 160
3. Zusammenfassung und Diskussion 170

2. Die Befragung von Patienten im Bezirksspital 173

2.1 Konzeption und Stichprobe 173
2.2 Methodik 174
2.3 Beschreibung der Stichprobe 178

2.3.1 Die Patienten 178
2.3.2 Die Betreuer 179

2.4 Ergebnisse: Die Gruppe der beurteilten Patienten 180

2.4.1 Die Selbstbeurteilung der Patienten 180
2.4.2 Vergleich zwischen Selbstbeurteilung der Patienten und Fremdbeurteilung der Betreuer 183
2.4.3 Weitere Beurteilungen der Patienten durch die Betreuer 186
2.4.4 Fallberichte 192

a. Der demonstrativ akzeptierende Patient 193
b. Der Patient, der sich in der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit von seiner Familie alleingelassen fühlt 194
c. Der misstrauisch-distanzierte Patient 195
d. Die "reife Persönlichkeit" 196

2.4.5 Zusammenfassung 197

2.5 Ergebnisse: Die Gruppe der nicht beurteilten Patienten 200

2.5.1 "Verleugnende" Patienten 200

a. Revision eines Voruteils 200
b. Das Thema in der Literatur 204
c. Thesen zum Phänomen der Verleugnung 207

2.5.2 Akzeptierende Patienten 210

a. Stichprobe 210
b. Fallberichte 212
1. Der den Tod herbeisehnende Patient 212
2. Der ständig zwischen Hoffnung und Resignation schwankende Patient 213

3. Die Befragung von Patienten im Stadtspital 214

3.1 Stichprobe und Methodik 214
3.2 Beschreibung der Stichprobe 215
3.3 Ergebnisse 216

3.3.1 Die Selbstbeurteilung der Patienten 216
3.3.2 Zusammenfassung 219

C. DER VERGLEICH ZWISCHEN DEN DREI STUDIEN 220

1. Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen 220

1.1 Vergleich 220
1.2 Diskussion

2. Vergleich zwischen Patienten und Bezugspersonen 229

2.1 Vergleich 229
2.2 Diskussion 238

2.2.1 Grundsätzliche Überlegungen 238
2.2.2 Erörterung wichtiger Ergebnisse 239

D. FAZIT UND SCHLUSSFOLGERUNGEN 251

E. KRITISCHER RÜCKBLICK AUF DIE UNTERSUCHUNG UND ANREGUNGEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNGSVORHABEN 258

IV. ZUSAMMENFASSUNG 264

LITERATURVERZEICHNIS 272

ANHANG 288

Inhalt 289
Abkürzungen 290
Fragebögen, Untersuchungsmaterial, Listen, Tabellen 291

DANKSAGUNG

Es ist üblich, seinem Doktor-"vater" an dieser Stelle Dank abzustatten. Ich möchte dies nicht tun. Wenn ich es täte, würde es darauf hinauslaufen, Herrn Professor F. Stoll für seine Unterstützung der vorliegenden Arbeit Dank zu sagen. Das wäre banal, weil selbstverständlich, von meiner wie von seiner Seite. Wofür ich mich bedanken möchte (und was ich sehr geschätzt habe), ist viel mehr: seine wache Präsenz, seine grosse Verlässlichkeit, seine kontinuierliche Freundlichkeit, seine im besten Sinne wohlwollende Zugewandtheit. Und das über viele Jahre des Studiums und der Entstehung dieser Arbeit. Wahrscheinlich wäre diese Untersuchung auch ohne ihn zustande gekommen, aber bestimmt viel mühsamer und ohne manchen Schwung. Lieber Herr Stoll, Ihnen - und Ihrer Abteilung - herzlichen Dank für viele Anlässe!

Danken möchte ich auch der Leitung des Bezirksspitals, in dem ein Teil der Untersuchung durchgeführt wurde, insbesondere Herrn Chefarzt Dr. P. Mohr, der mir den Weg für die Studie in seinem Spital gebahnt und meine Tätigkeit dort sehr gefördert hat; daneben den Chef- und Lt. Ärzten Dr. M. Christen, Dr. R. Lüchinger und Dr. F. Furger und den Lt. Schwestern Ida Blatter und Ursula Müller sowie meiner theologischen Kollegin Elisabeth Studer-Weiss, die mir durch ihr freundliches Entgegenkommen geholfen haben, die Befragung durchzuführen. Mein Dank gilt aber auch allen Schwestern, Ärzten und sonstigen Mitarbeitern des Spitals wie auch den Mitgliedern des ad hoc entstandenen Arbeitskreises, die durch ihre Mitarbeit bei der Befragung oder durch andere Hilfeleistungen die Durchführung der Studie ermöglichten.

Für die Bereitstellung von Empfehlungsschreiben für die in der schriftlichen Umfrage angeschriebenen Schwestern/Pfleger, Spitalpfarrer und Ärzte danke ich Sr. Elisabeth Mueggler, Herrn Dr. Hans van der Geest und Herr Dr. P. Mohr.

Gedankt sei auch Herrn Professor Walter Bernet für seine grosszügige Auslegung des Assistenten-Reglementes während meiner Tätigkeit am Theologischen Seminar der Universität Zürich, die mir die Fortsetzung meiner Arbeit an der Dissertation möglich machte. - Ich gedenke auch gern der Universität Zürich als ganzer, an der zu studieren mir viel Spass gemacht hat.

Bedanken möchte ich mich bei Theddy Hatt, dem Leiter des Rechenzentrums der Universität Zürich, für seine unorthodoxe Unterstützung der Arbeit, Volker Conen für seine fachmännische Begleitung bei der EDV-Auswertung und seine anregende Kritik und Sigmar Zacharias für die inspirierende Diskussion über die Ergebnisse der Untersuchung.

Danken möchte ich in besonderer Weise Frau S. Biäsch-Schaub für den grosszügigen Beitrag der "Stiftung Suzanne und Hans Biäsch" zu den Unkosten der Untersuchung. Gedankt sei auch der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sektion Zürich/Glarus/Schaffhausen, dem Kirchenrat des Kantons Zürich und Pater U. Wunderli vom Katholischen Pfarramt am Kantonsspital Winterthur für die Überlassung von Adressmaterial.

Nicht zuletzt sei dankbar aller schwerkranken Patienten gedacht, mit denen ich Kontakt aufnehmen konnte und die mir durch ihre Beteiligung an der Studie, aber auch durch manches offene und treffende Wort in den Gesprächen Anstoss zum Weiterdenken gegeben haben.

Zürich, im Mai 1987

Hartmut Mühlen

MERK-FALTBLATT

Probleme

P1 Ich mache mir Sorgen, wie meine Familie/mein Angehöriger ohne mich zurecht kommt.
P2 All mein Aufbäumen gegen die Krankheit scheint umsonst gewesen zu sein.
P3 Hätte ich vielleicht früher zum Arzt gehen sollen?
P4 Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde.
P5 Vielleicht haben sich die Ärzte in der Diagnose meiner Krankheit doch geirrt.
P6 Wie lange werde ich noch leiden müssen?
P7 Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht.
P8 Ich frage mich, welchen Sinn mein Leben hatte.
P9 Ich habe Angst davor, grosse Schmerzen zu bekommen.
P10 Ich muss unbedingt noch etwas erledigen, solange ich noch dazu fähig bin.
P11 Ich muss von dem, was mir lieb ist, immer mehr aufgeben.
P12 Warum trifft es gerade mich?
P13 Ich kann mit meinem Arzt nicht in Ruhe über das reden, was mich bewegt.
P14 Bin ich an meiner Krankheit etwa selbst schuld?
P15 Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen.
P16 Ich hatte noch etwas Bestimmtes im Leben erreichen wollen; das ist nun nicht mehr möglich.
P17 Ich kann mit meiner Familie/meinen Freunden nicht über meine Sorgen sprechen.
P18 Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt.
P19 Ich kann einfach nicht glauben, dass es keine grundsätzliche Besserung mehr geben soll.
P20 Mich beschäftigt die Frage nach Jenseits und ewigem Leben.

Skala bei der Beurteilung der Probleme

(1) Sehr selten - (2) Selten - (3) Manchmal - (4) Oft - (5) Sehr oft

Faktoren

F1 (Resignation): P1, P6, P9, P11, P16, P18
F2 (Zweifel): P3, P5, P12, P14, P19
F3 (Interaktion): P4, P7, P13, P17

Gesamt-Problembewusstsein (GPB)

Gewogenes arithmetrisches Mittel der 20 Probleme

ABKÜRZUNGEN

In dieser Arbeit werden - neben den in der Psychologie üblichen Abkürzungen - folgende weiteren Abkürzungen und Begriffsbestimmungen gebraucht:

Allgemein

Ä	-	Ärzte
Sr	-	Schwestern (Mit "Schwestern" sind immer auch die Pfleger gemeint.)
Pfr	-	Pfarrer
GPB	-	Gesamt-Problembewusstsein (Gesamt-Problemlage)
F1	-	Faktor 1 (Resignation)
F2	-	Faktor 2 (Zweifel)
F3	-	Faktor 3 (Interaktion)
P	-	Problem (P1 - Problem 1)
Untersuchung	-	Gesamtuntersuchung, die aus 3 Teiluntersuchungen besteht
Studie	-	Teiluntersuchung
Bezugsperson	-	Die in der schriftlichen Umfrage befragten Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer
Betreuer	-	Die in der Studie im Bezirksspital befragten direkten Bezugspersonen der Patienten (Ärzte und Schwestern)

Schriftliche Umfrage

Gesamt (G)	-	Gesamtgruppe
Kern (K)	-	Kerngruppe
Rest (R)	-	Restgruppe
Kern (Gesamt)	-	Alle zur Kerngruppe gehörenden Vpn
Rest (Gesamt)	-	Alle zur Restgruppe gehörenden Vpn
Ärzte (Gesamt)	-	Gesamtgruppe der Ärzte (Entsprechendes gilt für Schwestern und Spitalpfarrer)
Ärzte (Kern)	-	Kerngruppe der Ärzte
Ärzte (Rest)	-	Restgruppe der Ärzte
Teilgruppe	-	Nach Kern bzw. Rest und/oder Berufen differenzierter Teil der Gesamtgruppe (z.B. Ärzte (Kern))
Untergruppe	-	Nach soziographischen Variablen differenzierte Teilgruppe (z.B. Ärzte (Kern): Medizinische Abteilung (Chirurgie))

I. EINLEITUNG

"Sterbehilfe im Spital kann verbessert werden, aber nur dort, wo die Beteiligten sich mit der Sterblichkeit des Menschen an sich auseinandergesetzt und die Sterblichkeit auch für sich selbst akzeptiert haben, erst dann wird es möglich sein, den Sterbenden wirklich zu begleiten."
(Ein an der Untersuchung beteiligter Arzt)

Tod und Sterben - das ist seit einigen Jahren ein aktuelles Thema, sowohl in der Öffentlichkeit wie in der wissenschaftlichen Literatur. Offensichtlich wurde es höchste Zeit, danach zu fragen, wie Menschen die letzte Wegstrecke ihres Lebens zurücklegen. War doch die Not der Sterbenden, aber auch die Belastung ihrer Betreuer wie die Verlegenheit der Angehörigen immer unübersehbarer geworden. Sterben ist seit längerem mehr kein selbstverständlicher und akzeptierter Vorgang im menschlichen Leben.

Schon allein der Ort zum Sterben ist heute weithin ein anderer als noch vor einigen Jahrzehnten. Denn gestorben wird in unseren Tagen vornehmlich im Spital. Nicht einmal jeder vierte erlebt seinen Tod noch in den eigenen vier Wänden. Das Krankenhaus als locus classicus der Thanatologie: Was für ein Ort zum Sterben!

In jedem Fall ein Platz, der ins Gerede gekommen ist. Das Spital als Hospiz, als Herberge, in der man sich geborgen fühlt und, wenn nötig, auch in Ruhe sterben kann? Oder doch eher eine "Schalt- und Verschiebezentrale für anonymes 'Krankengut'", wie es kürzlich in einer grossen Wochenzeitung zu lesen war (ZEIT-Magazin vom 20.11.1986)? Das Krankenhaus - eine Stätte, wo sich Ärzte, Krankenschwestern und andere Bezugspersonen der Kranken fachlich und menschlich kompetent, also auch freundlich und zuvorkommend um den Patienten kümmern? Oder ein "zum Fürchten unpersönliches Gesundheitswesen mit streng reglementiertem Arbeitsalltag, abgezirkelten Aufgaben und Zuständigkeiten, die keinen Raum mehr lassen für eine freundliche Geste, ein tröstendes Wort, eine Zuwendung ausser der Reihe" (aaO)? Für Sterbende ist diese Frage noch

wichtiger als für andere Kranke. Denn für sie ist die Qualität der Kommunikation entscheidend - für den Rest ihres Lebens.

Sterben im Krankenhaus, das ist das gelingende oder misslingende, in jedem Fall sehr komplexe und schwierige Zusammenspiel von Patienten, Pflegepersonal, Medizinern, Spitalpfarrern und anderen Betreuern. Dazu heisst es in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften: "Zu den Pflichten des Arztes und des Pflegepersonals, welche Heilen, Helfen und Lindern von Leiden als hohes Ziel umfassen, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen. Diese Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege." Und dann expressiv verbis zum Thema Beistand: "Der Arzt und das Pflegepersonal bemühen sich, ihrem auf den Tod kranken ... Patienten ... auch menschlich beizustehen."

Menschlichkeit im Krankenhaus, ehedem selbstverständlich, vielerorts in Vergessenheit geraten, heute unter erheblich veränderten Bedingungen und hohen Erwartungen einer "modernen Medizin" gegenüber wieder neu angestrebt. Die Notwendigkeit dazu, gerade gegenüber Sterbenden, wird heute von vielen gesehen. Aber was ist das für eine Not, die gewendet werden soll? Mit welchen Sorgen haben es Todkranke zu tun? Auf welche Schwierigkeiten haben sich die Betreuer einzustellen, um ihren Patienten gerecht zu werden? Mit diesem Thema beschäftigt sich die vorliegende Arbeit. Sie fragt danach, wie sich die Patienten selber sehen, wo sie sich Sorgen machen, was ihnen Angst macht. Die gleichen Fragen werden ihren Bezugspersonen im Spital gestellt: Wo sehen drei wichtige Gruppen von Betreuern - Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer - die neuralgischen Punkte bei Sterbenden? Wo kommen die Todkranken nach ihrer Erfahrung mit sich und ihrer Umwelt nicht zurecht? Die Aussagen von Patienten und Bezugspersonen werden dann miteinander verglichen: Gibt es Differenzen, zeigen sich Vorurteile, und was haben sie für eine Bedeutung für die Kommunikation zwischen Patienten und Personal? Ist doch die Qualität der Betreuung auch eine Frage der Qualität der Wahrnehmung. Daraus ergibt sich als Ziel der Untersuchung: einen Beitrag zu genaueren Wahrnehmung der Sorgen und Probleme todkranker Patienten zu

leisten, um sie besser verstehen und adäquater betreuen zu können: einfühlsam, individuell, problembezogen - menschlich.

Dabei hat es die vorliegende Arbeit mit dem erwachsenen sterbenden Patienten im (Allgemein-)Spital zu tun, und mit Sterben sind nicht nur die letzten Tage oder Stunden eines Patienten gemeint, sondern seine gesamte Sterbezeit von der Diagnose der unheilbaren Krankheit bis zum Tod. In einem ersten Teil wird über die bisherige psychologische Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex Tod und Sterben berichtet. Daran schliesst sich eine Übersicht über die hauptsächlichen Forschungsergebnisse zum spezifischen Thema der Arbeit an.

Die empirische Untersuchung, über die im Hauptteil der Arbeit berichtet wird, besteht aus drei Teiluntersuchungen. In der ersten Studie werden 1000 Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer aus Krankenhäusern im Kanton Zürich anhand eines Katalogs von 20 Problemen (Sorgen) daraufhin befragt, was nach ihrer Meinung sterbenden Patienten am meisten zu schaffen macht. Die Antworten der Befragten werden miteinander verglichen und auf Einflüsse bestimmter soziographischer Variablen hin untersucht. Ausserdem wird über die Praxis der Aufklärung in Zürcher Krankenhäusern berichtet.

Die zweite Studie befasst sich mit der Untersuchung von insgesamt 28 todkranken Patienten eines Bezirksspitals im Kanton Zürich, in dem der Verfasser neun Monate lang als Spitalpfarrer sterbende Patienten betreut hat. Ausserdem werden die Ärzte und Schwestern dieser Patienten befragt, so dass hier ein unmittelbarer Vergleich zwischen Selbst- und Fremdbild möglich ist.

Die dritte Teiluntersuchung berichtet über die Befragung von 30 todkranken Patienten eines Stadtspitals in der BRD, die in einem Interview auf die gleichen Probleme hin angesprochen werden.

Der Vergleich zwischen den drei Studien bildet den zentralen Inhalt der Arbeit. Zunächst werden die Selbstaussagen der beiden Patientengruppen einander gegenübergestellt. Die anschliessende Konfrontation dieser beiden Selbstbilder mit dem Fremdbild der schriftlich befragten Bezugspersonen ist

Ausgangspunkt für eine ausführliche Diskussion der Sorgen sterbender Patienten sowie der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihrer Beurteilung. Aus diesen Ergebnissen werden dann Folgerungen für den Umgang mit todkranken Patienten und die entsprechende Aus- und Weiterbildung des Spitalpersonals abgeleitet. Zum Schluss findet sich ein kritischer Rückblick auf Methodik und Prozedere der Untersuchung mit Anregungen für ein verbessertes Vorgehen bei zukünftigen Forschungsvorhaben.

Die Beschäftigung mit sterbenden Menschen, so kann man hier und da hören, sei inzwischen ein Modethema geworden: Sterbebegleitung als Tummelplatz für Nachwuchsforscher, als Übungsfeld für Erwachsenenbildner oder Hilfe zur Selbstfindung. In der Tat, dazu kann es kommen, wenn der Abstand zwischen Betreuern und Todkranken zu klein wird: aus fremdem Leiden wird dann selbstbezogene Leidenschaft. Oder wenn die Distanz zu gross wird und Sterbende zu Krankenmaterial oder Forschungsgut werden. Wer bei allem nicht spürt, dass heute der erste Tag vom Rest auch seines Lebens ist, sollte nicht mit Block und Bleistift (oder als "selbstloser Helfer") ans Bett eines Sterbenden treten.

Dies gilt besonders da, wo es um empirische Untersuchungen geht. Wie leicht ist es, über Zahlen und Kennwerten die dahinter stehenden Menschen zu vergessen! Hier ist mehr als Vorsicht am Platze, nämlich Rücksicht, Nachsicht, behutsame Einsicht. Nicht zuletzt, weil Sterbende sich nicht wehren können, schon gar nicht gegen Forschungsergebnisse. Aber auch, weil kaum ein Themenbereich der Psychologie so anfällig ist für ideologische Verzerrungen und wunschgeleitete Indoktrinationen. Respekt aber auch gegenüber denen, die von Berufs wegen mit Todkranken zu tun haben. Sie üben ein schweres Handwerk aus und auch sie brauchen Verständnis und Unterstützung.

II. DAS UMFELD DER UNTERSUCHUNG: DIE BESCHÄFTIGUNG MIT TOD UND STERBEN IN DER PSYCHOLOGIE

A. Allgemeiner Überblick über die Thanatopsychologie

1. KURZGEFASSTE GESCHICHTE DER THANATOPSYCHOLOGIE

Um Zielsetzung und Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung einordnen zu können, ist es sinnvoll, sich zunächst einige Stationen auf dem Weg psychologisch-wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit der Thematik von Tod und Sterben vor Augen zu führen. Dabei ist die im folgenden getroffene Auswahl von Forschungsdaten nicht das Ergebnis einer speziellen historischen Methode. Kriterium für die Aufnahme in die Übersicht ist vielmehr der subjektive Eindruck des Verfassers von der Gewichtigkeit des jeweiligen Ereignisses, verglichen mit Art und Häufigkeit seiner Erwähnung in der Literatur. Hinzu kommen Rückblicke und Trendbeurteilungen von solchen Autoren, die dazu besonders kompetent erscheinen. Dabei geht es insgesamt weniger um die Referierung von Forschungsergebnissen als um das Aufzeigen von Entwicklungslinien.

Das Thema Tod und Sterben erfreut sich seit einiger Zeit einer wachsenden Beliebtheit. Kennzeichnungen der derzeitigen Situation wie "beinahe unübersehbare Zahl von biographischen oder wissenschaftlichen Publikationen" (MEERWEIN 1981b, S. 155) bis hin zu Klagen über ein "Übermass an Literatur, in der das Sterben zu Tode gearbeitet worden ist" (PATTISON 1977b, S. 1), sind nicht selten.[1)]

Das war nicht immer so. Im Gegenteil, man könnte die Entwicklung dieses Zweiges der Psychologie eher eine Geschichte der Defizite und verpassten Gelegenheiten nennen. Wenn auch das Urteil von KASTENBAUM & AISENBERG (1974, S. 1), wonach "kein Thema in der Psychologie mehr vernachlässigt worden ist", etwas zu pointiert erscheint, ist doch FEIFEL, einem der Väter der neuen Psychologie des Sterbens, zuzustimmen, wenn er 1959, jenem Jahr,

---

1) Übersetzungen nicht-deutschsprachiger Autoren stammen, sofern nicht anders vermerkt, vom Verfasser.

das sich als Zeitpunkt der "Trendwende" herausstellen sollte, zur Feststellung gelangt:

"Es ist überraschend, wie dürftig gesicherte Erkenntnisse über den Tod sind, selbst wenn man sich die Literatur sehr genau anschaut. Man hat der Bedeutung des Todes in seinen verschiedenen Aspekten viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In Amerika gibt es kein einziges Buch, das einen Zugang zu dieser Problematik von verschiedenen Seiten her ermöglicht" (1965 (Original 1959), S. V).

Treffend ist auch die Situationsbeschreibung, wie sie NAGY im gleichen Jahr für die Entwicklungspsychologie gibt, eine Kennzeichnung, die ohne weiteres auf die Psychologie des Erwachsenen auszudehnen ist:

"In den letzten 50 Jahren wurden in der Forschung auf dem Gebiet der Psychologie des Kindes zahlreiche Bemühungen unternommen - mit dem Ergebnis, dass heute praktisch alle Phasen des kindlichen Lebens untersucht und erklärt sind. Man ist jedoch betroffen zu sehen, wie wenig Aufmerksamkeit, wenn überhaupt, dem kindlichen Verständnis des Todes gewidmet worden ist" (1965, S. 79).

In Europa war es nicht anders gewesen, obwohl Tod und Sterben gerade in der abendländischen Kultur immer ein gewichtiges Thema in Philosophie und Religion, Kunst und Mythologie gewesen waren (vgl. CHORON 1967). Möglicherweise liegt darin sogar einer der Gründe, warum sich die Psychologie diesem Gegenstand erst so später zugewandt hat: sie wollte sich nicht in die Domäne anderer Disziplinen begeben.

Angefangen hatte es Ende des vergangenen Jahrhunderts mit einem Aufsatz des amerikanischen Psychologen SCOTT über die Beziehung älterer Menschen zum Tod.[1] Wenige Jahre später führte der Mediziner OSLER eine Untersuchung an 500 Patienten durch und stellte fest, dass nur wenige von ihnen an der Krankheit starben, an der sie litten (zit. n. ELLARD 1968, S. 980).[2] Ausserdem fand er heraus, dass nur 2% aller Sterbenden Angst vor dem Tod hatten (zit. n. HINTON 1972, S. 80). In dieser Zeit entstand auch der Begriff Thanatologie

---

1) Scott, C.A.: Old age and death. American Journal of Psychology, 1896/97, 8, 67-122.
(Anmerkungen mit Literaturangaben beziehen sich auf Arbeiten, die nicht im Original gelesen werden konnten; sie sind im Literaturverzeichnis nicht aufgeführt.)

2) Osler, W.: Science and immortality. London: Constable, 1906

(PARK 1912, S. 1243: "... vor längerer Zeit prägte ich einen Begriff, der Jahre später Eingang in die wissenschaftlichen Wörterbücher fand..."), ein Terminus, der allerdings zunächst medizinischer Art war. Es ging um die Frage nach der "Natur und den Ursachen des Todes":

"Was ist der Tod? Wann findet er tatsächlich statt? Wie kann man vom Tod sprechen, wenn die Mehrzahl der Zellen des vorher lebendigen Organismus noch stunden- oder tagelang weiterlebt... (aaO)?"

Bis in die 30-er Jahre spielte dann das Thema in der Psychologie keine Rolle mehr, sieht man von zwei spekulativen Arbeiten FREUDS ab, die in der Sterbediskussion jedoch eine Sonderstellung einnahmen und später in der Regel nur von psychoanalytisch orientierten Forschern aufgegriffen wurden. In seiner Abhandlung "Zeitgemässes über Krieg und Tod" stellte FREUD 1915 fest, dass das Unbewusste nicht an seinen Tod glaubt, ja, es ihn gar nicht kennt und sich deshalb "wie unsterblich gebärdet" (1974, S. 56). Diese Theorie spielt in der neueren Diskussion im Zusammenhang mit der Ansicht von der Tabuisierung des Todesgedankens in der Gesellschaft eine gewisse Rolle (vgl. BROMBERG & SCHILDER 1933; EISSLER 1978; MEYER 1973). - Im Jahre 1920 begründete FREUD in "Jenseits des Lustprinzips" seine bekannte Theorie des "Todestriebes". Neben der Libido, dem Sexualtrieb, eignet dem Menschen eine psychische Energiequelle, die darauf aus ist, einen früheren Zustand wiederherzustellen: "Das Ziel allen Lebens ist der Tod." Denn: "Das Leblose war früher als das Lebende" (1975, S. 248 - im Original hervorgehoben). Auf die späteren empirischen Untersuchungen hatte diese Arbeit keine Auswirkungen (doch vgl. EISSLER aaO, S. 17ff.).

Erst in den 30-er Jahren begann man, sich auf empirischer Ebene für die Einstellung des Menschen zum Tod zu interessieren. Eine der ersten und später häufig erwähnten Arbeiten ist die Untersuchung von BROMBERG & SCHILDER über "Death and dying" (1933), in der sowohl gesunde wie psychisch kranke Menschen auf ihre unbewussten und bewussten Einstellungen zu Tod und Sterben befragt wurden. Fazit der psychoanalytischen Studie: Tod kann je nach Situation u.a. folgendes bedeuten: Ausweg aus einer untragbaren Situation; Methode, um andere zu mehr Zuwendung zu zwingen; Schlusspunkt im narzisstischen Per-

fektionsprozess, der dem Individuum eine dauerhafte und unangefochtene Bedeutung verschafft; intensiver Ausdruck aller Lebenswünsche. - In dieser Zeit lenkte JUNG (1982a und 1982b) mit seinen beiden Aufsätzen "Die Lebenswende" (1931) und "Seele und Tod" (1934) die Aufmerksamkeit auf die zweite Lebenshälfte, in der die Vorbereitung auf den Tod eine wichtige Rolle spielt. Im Unbewussten finden sich zu diesem Prozess der Umwertung und Neuorientierung im allgemeinen zwar keine dramatischen Anzeichen, sondern nur die auch sonst mit Wandlungs- und Erneuerungsprozessen verbundenen Bilder, aber der Mensch tut gut daran, sich durch einen "Mythos vom Tod" auf sein Lebensende einzustellen, um sich seiner Instinktwelt nicht zu entfremden.

Obwohl der 2. Weltkrieg mit seinen Millionen von Toten das Interesse der Psychologie für das Phänomen des Todes hätte wecken können, blieb eine entsprechende Reaktion - trotz intensiver Beschäftigung mit anderen Belastungssituationen - zunächst aus. Erst Ende der 50-er Jahre wurden Tod und Sterben in den USA Gegenstand grösserer psychologischer Aufmerksamkeit. Es war das 1959 erschienene, von FEIFEL herausgegebene Buch "The meaning of death", das die Entdeckung des neuen Forschungsgebietes "Tod und Sterben" (death and dying) einleitete: eine Sammlung von Artikeln aus Psychologie, Psychotherapie, Philosophie und Religion, u.a. von FARBEROW, KASTENBAUM, JUNG, MARCUSE und TILLICH. FEIFEL war es auch gewesen, der 1956 auf einer Tagung der "American Psychological Association Convention" das erste Symposium über die "Psychologie von Tod und Sterben" organisierte (MURPHY 1965).

Langsam begann das Interesse an den Phänomenen von Tod und Sterben zu wachsen, wenn es auch zunächst auf eher verschlungenen Pfaden vorwärts ging:

"Die meisten Forscher hatten ganz von vorn zu beginnen, da keinerlei relevante Theorien, Methoden und Literaturangaben vorhanden waren. Zerfetzte Kopien der kommentierten Bibliographie von Richard A. Kalish waren hoch im Kurs. Ein vervielfältigtes Rundschreiben, im Keller eines geriatrischen Krankenhauses erstellt, wurde eine Art Untergrundpapier, durch das weit voneinander getrennt lebende 'Todesfans' in Verbindung bleiben konnten" (KASTENBAUM & COSTA 1977, S. 227).

Weitere Marksteine auf dem Weg zur heutigen Fülle von thanatologischen Publikationen waren u.a. die sozialpsychologische Untersuchung "Awareness of

dying" von GLASER & STRAUSS aus dem Jahre 1965 (deutsch: Interaktion mit Sterbenden, 1974), die sich mit den Kommunikationsstrukturen des Spitalpatienten und seiner Umgebung beschäftigte, und das bereits 1955 erschienene Buch "The psychiatrist and the dying patient" von EISSLER (deutsch: Der sterbende Patient, 1978), eine psychoanalytische Studie über die Therapie an vier sterbenden Patienten, mit welcher die Geschichte der Thanato-Therapie beginnt. Dass es zunächst vor allem psychoanalytisch orientierte amerikanische Psychiater waren, die sich für die therapeutische Begleitung von Sterbenden interessierten, zeigen die wenige Jahre später erschienenen wichtigen Werke von WEISMAN & HACKETT (1961) über sterbewillige Patienten, ROSENTHALS Studie über die emotionale Situation von Todkranken (1957) und NORTONS ausführliche Fallgeschichte einer sterbenden Patientin (1963, deutsch: 1968).

Nimmt man die Veröffentlichungen in den "Psychological Abstracts" als Index für die Quantität des Interesses an Tod und Sterben, ergibt sich im amerikanischen Raum für die letzten Jahrzehnte

"... eine - von geringfügigen Schwankungen abgesehen - gleichbleibend niedrige Publikationsrate bis zum Ende der 50er Jahre. Mit dem Jahr 1959 steigt die Zahl thanatopsychologischer Veröffentlichungen um rund 150% und bleibt bis 1964 weitgehend konstant. Mitte der 60er Jahre wird mit einem neuerlichen Zuwachs von rund 300% ein weiteres Plateau erreicht, das sich bis 1969 erstreckt. Vom Jahr 1970 an ist ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen" (WITTKOWSKI 1978, S. 18).

Für den deutschsprachigen Raum lässt sich eine ähnliche Entwicklung nur in sehr abgeschwächter Form und mit erheblicher Verzögerung registrieren. WITTKOWSKI, der die deutschsprachigen Bibliographien daraufhin untersucht hat, kommt zu dem Ergebnis, dass "von seiten der Psychologie nur zaghafte Bemühungen um die Erforschung todbezogenen Erlebens und Verhaltens erkennbar sind" (1978, S. 16). Dem entspricht die Behandlung des Themas in den repräsentativen Publikationen der Psychologie und Psychotherapie. Während die Stichworte "Tod" bzw. "Sterben" in der "Klinischen Psychologie" von SCHRAML & BAUMANN (1974/75), im "Handbuch der Psychologie" (Bd. 8: Klinische Psychologie, hg. v. PONGRATZ, 1977/78), in dem von STROTZKA herausgegebenen Band über "Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen" (1978) und in den "Grundbegriffen der

Psychotherapie" (Hrsg.: BASTINE et al., 1982) noch ganz fehlen, enthält immerhin die Neuauflage des "Lexikons der Psychologie" (Hrsg.: ARNOLD, EYSENCK & MEILI, 1980) einen kurzen Artikel über "Tod" (HORVATH). Auch in dem von CONDRAU herausgegebenen 15. Band der "Psychologie des 20. Jahrhunderts" (1979) finden sich zwei Arbeiten zum Thema (BOSS, SANER), ebenso in dem ein Jahr später erschienenen 10. Band (Hrsg.: PETERS) ein Artikel aus psychiatrischer Sicht (BRON) und je ein Artikel zur Thanatotherapie von HOWE in der 1980 von HAUTZINGER & SCHULZ publizierten "Klinischen Psychologie und Psychotherapie" (Bd. 3) sowie in Band 5 der "Klinischen Psychologie" (Hrsg.: BAUMANN et al., 1984). - Erst in den letzten acht Jahren hat sich also das Bild innerhalb der deutschsprachigen Psychologie geändert, wenn auch für diesen Zeitraum noch keine Zahlen vorliegen. Die wichtigste Publikation ist hier WITTKOWSKIS "Tod und Sterben - Ergebnisse der Thanatopsychologie" (1978), eine sehr sorgfältige und umfassende Übersicht über fast alle Untersuchungen zum Thema.

In den meisten Fällen ging es sowohl in den amerikanischen wie europäischen bzw. deutschsprachigen Publikationen um die Einstellung (attitude) von Menschen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher psychosozialer Situation zum eigenen oder fremden Tod. Die Wirksamkeit dieser Arbeiten blieb hauptsächlich auf den Kreis der Fachleute beschränkt. Dies änderte sich 1969 mit der Veröffentlichung des Buches "On death and dying" (deutsch: Interviews mit Sterbenden, 1971) der in den USA lebenden Schweizer Psychiaterin KÜBLER-ROSS, einem populär geschriebenen Buch, das grosses Aufsehen erregte, und dem die Autorin eine Reihe weiterer Publikationen zum gleichen Thema folgen liess. Ein wichtiger Grund für diesen Öffentlichkeitserfolg mag darin bestehen, dass wohl zum ersten Mal in der Geschichte der Psychologie von Tod und Sterben Gespräche mit kurz vor ihrem Ende stehenden Menschen wörtlich (wenn auch nicht vollständig) wiedergegeben wurden, der bis dahin sichtbarste Ausdruck des Durchbrechens des Todes-Tabus. Daneben hat vermutlich eine grosse Rolle gespielt, dass das in dem Buch beschriebene Sterbe-Modell (Phasen-Schema) von unmittelbar praktischer Verwendbarkeit im Umgang mit Sterbenden zu sein schien.

Die weitere Entwicklung der psychologischen Beschäftigung mit Tod und Sterben lässt sich anhand der Gründung von wissenschaftlichen Institutionen und Publikationsorganen aufzeigen:

1968 wurde in New York die "Foundation of Thanatology" durch KUTSCHER ins Leben gerufen (GROF & HALIFAX 1980).

1970 entstand die von KASTENBAUM, einem weiteren Pionier der Tod-und-Sterbe-Bewegung, herausgegebene Zeitschrift "Omega - Journal of death and dying", der bis heute wichtigsten Zeitschrift auf dem Gebiet. Im gleichen Jahr fand das erste Symposium über "Death education" in der Hamline University in Minnesota/USA statt (LEVITON 1977).

1977 organisierte REST, Sozialpädagoge an der Universität Dortmund/BRD, ein "Internationales Symposium für Thanatologie und Thanatagogik" (REST 1980). REST war es auch gewesen, der die Begriffe "Thanatagogik" (= Lehre vom Handeln gegenüber Sterbenden) und "Orthothanasie" (= richtiges Auftreten gegenüber Sterbenden, ein Begriff von EISSLER, 1978) geprägt bzw. in die deutschsprachige Diskussion eingebracht hatte.

Zur gleichen Zeit erschien die erste Nummer der Zeitschrift "Death education" ("Pedagogy - counseling - care"), herausgegeben von WASS.

1980 entstand in der BRD die "Gesellschaft für Sterbebeistand - Lebenshilfe" (BECKER 1980).

1982 wurde in der Schweiz die "Vereinigung für humanes Sterben EXIT" gegründet (ZIMMERMANN 1982).

Ebenfalls in diesem Jahr fand in Vechta/BRD die "1. Tagung zur Thanato-Psychologie" statt, deren Referate in einem umfangreichen Band über "Tod - Sterben - Trauer" von HOWE & OCHSMANN (1985) herausgegeben wurden.

1984 wurde in Zürich die "Vereinigung für Schwerkranken- und Sterbende-Begleitung" gegründet, die sich zum Ziel gesetzt hat, Todkranke, denen es an Bezugspersonen mangelt, durch ehrenamtliche Helfer zu betreuen.

In den letzten Jahren hat das Thema auch auf Tagungen, in Vorlesungen und Seminaren von Universitäten und Weiterbildungsinstitutionen vielfältigen Eingang gefunden.

Vergleicht man das Interesse der verschiedenen Psychotherapie-Schulen an der Thematik, so liegt der Schwerpunkt der Beschäftigung, sieht man von den Psychoanalytikern und psychoanalytisch orientierten Psychiatern ab, die sich seit EISSLERS Buch (1955) relativ regelmässig mit der Thematik befasst haben, in letzter Zeit vor allem bei der Gestalt- bzw. Integrativen Therapie. Diese hat in PETZOLD einen Autor, dem Fragen der Alterspsychologie seit

längerer Zeit und in den letzten Jahren vermehrt auch thanatotherapeutische Themen ein Anliegen sind. In Zusammenhang damit ist vor drei Jahren von ihm und SPIEGEL-RÖSING, einer Autorin, die zu den versiertesten auf diesem Gebiet zählt, ein erster und zugleich umfassender deutschsprachiger Sammelband über theoretische Aspekte und praktische Erfahrungen der Arbeit mit Sterbenden herausgegeben worden (SPIEGEL-RÖSING & PETZOLD 1984). Besondere Beachtung findet die therapeutische Begleitung von Todkranken auch in der LSD-Therapie (GROF und Mitarbeiter), deren seit 1960 durchgeführte zahlreiche Untersuchungen sich zudem durch eine ansonsten auf diesem Gebiet kaum anzutreffende wissenschaftliche Methodik auszeichnen. Seit etwa dem gleichen Zeitpunkt gibt es auch systematische therapeutische Bemühungen um todkranke Kinder. Eine in dieser Therapie zentrale Methodik, die Interpretation von Kinderzeichnungen, ist durch die Jungianerin BACH (1961) bekannt geworden.

2. THEMENBEREICHE DER THANATOPSYCHOLOGIE

Das Thema Tod und Sterben begegnet dem Menschen im Laufe seines Lebens auf verschiedene Weise. Je nach Situation geht es dabei um den eigenen oder den Tod eines anderen, um direkte oder indirekte, emotional-affektive, kognitive oder verhaltensmässige Aspekte, wobei sich die Bereiche mehr oder weniger überlappen. Dementsprechend lässt sich das Feld thanatopsychologischer Forschung in folgende Gebiete unterteilen:

(A) Todesarten

Man kann phänomenologisch zwischen fünf Möglichkeiten unterscheiden, wie ein Mensch zu Tode kommen kann:

- Tod infolge Alter, Krankheit oder Unfall
- Tod infolge Suizid
- Tod infolge Verbrechen
- Tod infolge Bestrafung
- Tod infolge Kriegseinwirkung

In der Literatur werden diese Todesarten in der Regel je für sich behandelt, wenn es auch einzelne Sammelwerke oder breit angelegte Publikationen gibt, die sich mit allen Kategorien beschäftigen (z.B. KASTENBAUM & AISENBERG, 1974).

(B) Erleben und Verhalten gegenüber Tod und Sterben

Die Psychologie hat es gemäss der zur Zeit wohl meistgebrauchten Definition mit dem Erleben und Verhalten des Menschen zu tun (vgl. z.B. THOMAE & FEGER 1969). Wendet man diese Bestimmung auf den Bereich von Tod und Sterben an, geht es um die Möglichkeiten, wie ein Mensch des Todes innewerden und mit ihm konfrontiert werden kann, um die dabei relevanten Einflüsse sowie die daraus entstehenden Folgen. Abgesehen von der Unterscheidung zwischen Tod bei Kindern bzw. Jugendlichen und bei Erwachsenen lassen sich die zu diesem Themenkreis gehörenden Arbeiten in die beiden grossen Bereiche Einstellung und Erfahrung gliedern.

(1) Einstellungen gegenüber Tod und Sterben

Die Fülle der hier zu registrierenden Untersuchungen lässt sich nur mit einiger Mühe unter dem Oberbegriff Einstellung subsumieren. WITTKOWSKI spricht deshalb von einer "inhaltlichen Entleerung des Einstellungsbegriffes", die "an seiner Brauchbarkeit im Rahmen der Thanatopsychologie zweifeln" lässt (1978, S. 21). Dennoch mag der Terminus für unseren Zweck genügen, wenn man unter Einstellung eine relativ dauerhafte, wertbezogene oder affektive Wahrnehmungsorientierung bzw. Reaktionsbereitschaft versteht, die nicht direkt zu beobachten ist, sondern aus dem Verhalten erschlossen werden muss (WILSON 1971). Es geht also um alle bewussten und/oder unbewussten Gedanken, Vorstellungen, Meinungen, Überzeugungen, Motivationen, Emotionen und Formen der Auseinandersetzung in bezug auf Tod und Sterben. Im allgemeinen handelt es sich bei den untersuchten Personengruppen um Menschen, die mit ihrem eigenen Tod nicht unmittelbar konfrontiert sind.

Das bei weitem am gründlichsten untersuchte Problem aus diesem Themenkomplex ist das der Angst vor dem Tod, wobei es jeweils um die Korrelation von

Todesangst mit anderen Variablen, z.B. Alter, Zufriedenheit, sozialer Status, Kontakt mit Sterbenden, religiöse Orientierung, geht.

(2) Erfahrungen mit Tod und Sterben

Mit diesem hier ad hoc verwandten Begriff soll das Feld der Einstellungen von dem Bereich abgegrenzt werden, in dem es um das Erleben und Verhalten von Sterbenden geht. Dieser Themenkreis lässt sich wiederum aufgliedern nach dem Ort des Sterbens. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Betrachtung des Sterbens in Institutionen, vor allem in Altenheimen und Krankenhäusern. Was den Tod im Krankenhaus angeht, kommen einerseits die mit unterschiedlichen Schweregraden von Krankheit oder spezifischen Krankheitsarten verbundenen Erlebens- und Verhaltensweisen von Patienten ins Blickfeld, andererseits die Interaktions- und Kommunikationsformen zwischen Patienten, Spitalpersonal und Angehörigen.

(3) Erfahrungen im Anschluss an Tod und Sterben (Trauer)

Eng verwandt mit dem Thema Interaktion mit Sterbenden ist der Bereich der Erfahrung von Verlust und Trauer nach dem Tod eines nahestehenden Menschen (vgl. vor allem PINCUS 1977 und SPIEGEL 1977). In der englischsprachigen Literatur findet man dieses Thema häufig unter dem Stichwort "bereavement" (wörtlich: Beraubung).

Ein anderes Gliederungsprinzip liegt vor, wenn man nach den spezifischen Problemstellungen fragt, mit denen die verschiedenen Teilfächer der Psychologie an der Thematik von Tod und Sterben beteiligt sind. Danach ergeben sich folgende Betrachtungsweisen:

- Wie wird der Tod in verschiedenen Lebensaltern gesehen? (Entwicklungs-Psychologie, Kognitive Psychologie)
- Welche Rolle spielt die Persönlichkeitsstruktur des Kranken für den Sterbeprozess? (Differentielle Psychologie)
- Welchen Einfluss haben psychosoziale Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, sozialer Status) auf den Sterbevorgang? (Differentielle Psychologie)
- Wie wirken sich Interaktion und Kommunikation des Sterbenden mit seiner Umwelt aus? (Sozialpsychologie)
- Wie geht der Sterbende mit sich und seiner Umwelt um? (Lern-Psychologie)

- Mit welchen anderen Lebensereignissen lässt sich der Sterbevorgang vergleichen? (Entwicklungs-Psychologie, Lern-Psychologie)
- Wie soll man mit Sterbenden umgehen? (Klinische Psychologie, Pädagogische Psychologie, Angewandte Psychologie, Psychotherapie)
- Wie kann man über Sterbende gesicherte Auskünfte erhalten? (Experimentelle Psychologie, Methodologie)

Eine sehr detailierte Gliederung des Themengebietes findet sich in der thanatologischen Bibliographie des Sozialpädagogen REST (1978), die folgende Hauptpunkte aufweist:

I. Grundlagen zum Verständnis

1. Tod und Sterben: 1.1 Der Mensch im Angesicht des Todes - 1.2 Kulturgeschichte - 1.3 Gesellschaftliche Relation - 1.4 Individual-personale Betrachtung - 1.5 Medizinische Aspekte

2. Existentielle Dimension: 2.1 Angst und Bedrohung - 2.2 Trauer und Verlust - 2.3 Wahrheit und Hoffnung - 2.4 Suizid und Selbstmordversuch

3. Die Lebensalter und der Tod: 3.1 Kinder und Jugendliche - 3.2 Alter und Tod

II. Probleme der Einstellung und des Verhaltens

1. Einstellung und Verhalten im Überblick: 1.1 Wege des Sterbens - 1.2 Bewusstsein vom Tode - 1.3 Bedingungen des Verhaltens

2. Einstellung und Verhalten in früheren Altersstufen

3. Einstellung und Verhalten im fortgeschrittenen Alter

4. Einstellung und Verhalten der helfenden Professionen: 4.1 Normen und Werte der Helfer - 4.2 Dimensionen des Verhaltens der Helfer

5. Bewusstsein der Vereinsamung und Trauerverhalten

6. Besondere Probleme: 6.1 "Verwirrtheit" - 6.2 Sterben in der Krise - 6.3 Sterbeerziehung - Todeserziehung

III. Behandlung des Sterbenden

1. Pflegerisch-therapeutischer Sterbebeistand: 1.1 Methodologie des Sterbebeistands im Überblick - 1.2 Spezielle Formen der Behandlung

2. Psychisch-emotionales Reagieren: 2.1 Das vermittelte Sterben - 2.2 Rollenspezifika der Helfer

3. Kommunikation - Interaktion: 3.1 Verhältnis-Beziehung - 3.2 Kommunikation

Die z.T. minutiöse Gliederung, die zu vielfältigen Überschneidungen führt, schränkt den Gebrauch dieses Schemas allerdings sehr ein.

Selbstverständlich beschäftigt sich nicht nur die Psychologie mit Tod und Sterben. Im folgenden werden die von SPIEGEL-RÖSING (1980) genannten hauptsächlichen Gebiete des interdisziplinären Forschungsbereiches Thanatologie aufgezählt: Medizin, Pflegeforschung, Psychiatrie/Psychoanalyse/Psychosomatik, Psychologie, Soziologie, Ethnologie, Geschichte, Philosophie, Theologie. Was den Inhalt thanatologischer Forschung angeht, sieht die Autorin folgende Schwerpunkte: Tod und Gesellschaft, kulturelle Unterschiede im Umgang mit Tod und Sterben, künstlerische Ausdrucksformen von Sterben und Tod, Todesriten und Rituale, ideengeschichtliche Studien zu Sterben und Tod, Psychiatrie/Psychoanalyse/Psychotherapieforschung, Einstellungen zum Tod, Sterbeprozess, psychogene Faktoren von Sterben und Tod, Umgang mit Sterbenden, Kommunikation mit Sterbenden, Sterben/Tod und Kind, Tod des anderen, Selbstmord, Demographie des Todes, Todesstrafen (und andere juristische Fragen), ethische Fragen, Death education.

Zu einer so detailierten Aufzählung gehörte auch die in den letzten Jahren stark in den Vordergrund getretene Frage der Euthanasie. Aber auch die Beschäftigung mit Tod und Sterben von politischer und volkswirtschaftlicher Seite (Krankenhausplanung, Architektur von Spitälern und Alters-/Pflegeheimen) könnten erwähnt werden, nicht zuletzt was das Für und Wider von Sterbehospizen angeht. - Im übrigen zeigt die begriffliche Uneinheitlichkeit der obigen Liste erneut, dass es sich bei Tod und Sterben um einen noch jungen Forschungszweig handelt.

3. METHODEN DER THANATOPSYCHOLOGIE

Eine Standortbestimmung der Vorgehensweise thanatopsychologischer Untersuchungen ergibt, dass vor allem mit den Methoden Fragebogen, Interview, Projektives Verfahren, Bericht, Beobachtung und Test gearbeitet worden ist

(ERLEMEIER 1972). WITTKOWSKI hat 138 als repräsentativ anzusehende empirische Arbeiten aus der Psychologie von Tod und Sterben auf ihre Methodik hin überprüft und kam dabei auf "7 Kasuistiken, 12 Erfahrungsberichte und 119 empirische Untersuchungen im strengen Sinn" (1978, S. 163). Im einzelnen ergaben sich dabei folgende Häufigkeiten (bei einzelnen Arbeiten Verwendung mehrerer Methoden):

UNTERSUCHUNGSVERFAHREN	ZAHL DER ARBEITEN, IN DENEN DAS VERFAHREN VERWANDT WURDE	
	N	%
Fragebogen	87	50.9
Interview	25	14.6
Thematisches Apperzeptionsverfahren	17	9.9
Beurteilungs-Skala	15	8.8
Wort-Assoziations-Test	8	4.7
Semantisches Differential	6	3.5
Satz-Ergänzungs-Test	6	3.5
Physiologische Messungen (HGR)	5	2.9
Reaktionszeit-Messung bei tachistoskopischer Darbietung eines Reizes	2	1.2
	171	100.0

Tab. 1: Häufigkeiten, mit der Untersuchungsmethoden in empirischen Arbeiten der Thanatopsychologie eingesetzt wurden (aus: WITTKOWSKI 1978, S. 163)

Aus der Übersicht geht hervor, dass die Kategorie des Experiments völlig fehlt. Dabei ist zu beachten, dass es sich um Studien aus dem gesamten Bereich von Tod und Sterben handelt. Schränkt man dieses Gebiet auf den in der vorliegenden Arbeit behandelten Sektor der Psychologie des sterbenden Patienten ein, so zeigt sich noch einmal eine starke Reduktion der Methodik. Wir haben es dann zum grössten Teil mit Beobachtungen und Beschreibungen (klinische Berichte, Fallstudien, autobiographische Berichte) zu tun.

Eine Zwischenstellung zwischen Studien über die Erfahrungen von Sterbenden und Untersuchungen über die Einstellung von Nicht-Sterbenden zum Tod nehmen Arbeiten über Menschen ein, von denen aufgrund ihres Alters und Gesundheitszustandes angenommen wird, dass sie in absehbarer Zeit sterben werden, die aber nicht als sterbende Patienten im Sinne dieser Arbeit bezeichnet werden

können (vgl. LIEBERMAN 1965). In diesen Untersuchungen begegnet man einer breiter aufgefächerten Methodik.

"Der bevorzugte methodische Zugang ist die Längsschnittuntersuchung: Testuntersuchungen werden in bestimmten Abständen wiederholt, die Resultate auf Veränderungen geprüft. Je nach der Lebensdauer der Versuchspersonen, bezogen auf einen fiktiven Zeitpunkt während der Untersuchung, wird a posteriori eine Gruppe von Versuchspersonen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung ihrem Tod bereits nahe waren, einer Versuchspersonen-Gruppe gegenübergestellt, die noch während eines längeren Zeitraums nach Abschluss der Untersuchung gelebt hat" (WITTKOWSKI 1978, S. 43f.).

Im folgenden soll ausschliesslich von Arbeiten die Rede sein, die sich mit sterbenden Patienten beschäftigen. Dabei stellt sich zunächst die Frage, auf welche Weise Informationen über diesen Personenkreis zu erhalten sind. Eine mögliche Methode ist die der Beobachtung, wobei die Grenzen zwischen aktiv-teilnehmender und passiv-teilnehmender Art häufig fliessend sind. Dieses Verfahren, das sehr zeitaufwendig ist, wurde von GLASER & STRAUSS (1968 und 1974) zwecks Erfassung der Interaktion von Patienten und Spitalpersonal angewandt:

"... der Soziologe kann sich ziemlich frei auf allen Stationen bewegen, nachdem er seine Absicht dem Personal bekannt gegeben hat, sterbende Patienten und das Geschehen um sie herum zu untersuchen. Er begleitet das Personal während seiner Tätigkeit, beobachtet, wie es arbeitet, und stellt manchmal Fragen zu bestimmten Details. Er sitzt im Schwesternzimmer und achtet auf die Gespräche. Gelegentlich befragt er die Mitarbeiter... Manchmal führt er nach Ankündigung auch regelrechte Interviews durch und benutzt dazu vielleicht sogar ein Tonband. Er nimmt an Mitarbeiterbesprechungen teil. Er verfolgt Tag für Tag die Entwicklung bei den verschiedenen Patienten und beobachtet die Interaktion zwischen Patienten und Bezugspersonen und wie jene über die Patienten sprechen. Er unterhält sich mit Patienten, wobei er ihnen nur sagt, dass er sich 'mit dem Spital beschäftigt'. Seine Forschungsarbeit findet tagsüber, abends und nachts statt. Sie kann 10 Minuten, aber auch viele Stunden in Anspruch nehmen" (1968, S. XI).

Eine ähnliche Vorgehensweise findet sich bei REST (1977), der sich mit dem Verhalten von Pflegepersonen gegenüber Sterbenden in Altenheimen beschäftigte. Seine Untersuchung unterscheidet sich von den Arbeiten von GLASER & STRAUSS darin, dass die Beobachter zeitweilig bei der Betreuung der Patienten mitgeholfen haben und insofern als zum Personal gehörig angesehen wurden.

Ein Nachteil vieler Studien besteht darin, dass sich in ihnen weder soziographische Angaben zu den beschriebenen Personen noch Beschreibungen des

Verfahrens zur Erfassung ihres Erlebens und Verhaltens finden. Eine der wenigen Ausnahmen bildet die sehr sorgfältige Arbeit von HINTON (1963), der den psychischen Zustand von schwerkranken Patienten durch wöchentlich durchgeführte Interviews feststellte, die jeweils durch die Befragung von Schwestern über die letzten Stunden der Patienten vor ihrem Tod ergänzt wurden. Dabei wurden die Kranken anhand von Beurteilungsskalen nach Depression, Angst, Bewusstseinstrübung und Todesbewusstheit eingeschätzt. Ein ähnliches Verfahren findet sich bei GROF & HALIFAX (1980). Im Rahmen ihrer Untersuchung über die Wirksamkeit von psychedelischen Substanzen bei sterbenden Patienten wurde die von PAHNKE & RICHARDS (1966) entwickelte "Emotional Condition Rating Scale"[1] zur Bestimmung von Depression, psychischer Isolation, Angst, Furcht vor dem Tod, Präokkupation mit Schmerzen bzw. physischem Leiden und Schwierigkeit im Umgang mit dem Patienten verwandt. Im Unterschied zu der Studie von HINTON geschah die Einstufung durch mehrere Personen (Therapeuten, Arzt, Schwester, nächster Familienangehöriger und aussenstehender Experte). Ausserdem wurde das Ausmass physischer Schmerzen durch die Dosis der Schmerzmittel bestimmt.

Der Schwierigkeit der Erfassung des Erlebens und Verhaltens von Sterbenden begegneten WEISMAN & KASTENBAUM (zit. n. ERLEMEIER 1972)[2] mit einer retrospektiven Methode, der sie den Namen "psychologische Autopsie" gaben. Dabei geht es um eine möglichst genaue Rekonstruktion der letzten Tage und Wochen eines Verstorbenen in bezug auf alle psychologisch relevanten Daten. Dazu werden alle Spitalpersonen, die mit dem Patienten Kontakt hatten, um Informationen gebeten. - Noch einen Schritt weiter gingen DUDLEY et al. (1969), indem sie nach dem BERLE-Index[3] auch Informationen über die Familie des

---

1) Pahnke, W.N. & Richards, W.A.: Implications of LSD and experimental mysticism. Journal of Religion and Health, 1966, 5, 175ff.

2) Weisman, A.D. & Kastenbaum, R.: The psychological autopsy. Community Mental Health Journal, Monograph No. 4. New York: Behavioral, 1968

3) Berle, B.B., Pinsky, R.H., Wolf, S. & Wolff, H.G.: A clinical guide to prognosis in stress disease. Journal of the American Medical Association, 1952, 149, 1624

Sterbenden, seine sozialen Beziehungen und sein Leben vor Beginn der Krankheit miteinbezogen. Die gleichen Autoren konfrontierten ihre lungenkranken Patienten zudem mit einer quasi-experimentellen Situation, indem sie sie einer intensiven Gruppendiskussion mit emotional hochbesetzten Themen aussetzten, um so ihre Fähigkeit zu prüfen, mit erregenden und damit ihr Atemsystem bedrohenden Stimuli fertig zu werden.

Methodische Schwierigkeiten

Der Gegenstand der Psychologie des Sterbens weist eine Reihe von Besonderheiten auf, die sich bei anderen Forschungsthemen nicht oder nicht in dem Ausmass finden. Daraus ergeben sich u.a. folgende methodischen Schwierigkeiten:

- Experimentelle und quasi-experimentelle Verfahren verbieten sich aus ethischen Gründen, unabhängig davon, ob sie praktikabel sind oder nicht. (Von daher ist das oben beschriebene Verfahren von DUDLEY et al. m.E. bereits an der Grenze der Verantwortbarkeit.)
- Die Schwierigkeit einer eindeutigen Bestimmung des Beginns des Sterbeprozesses (wie kann zweifelsfrei festgestellt werden, ob dem Patienten seine Diagnose bekannt ist?) erschwert die Stichprobenauswahl.
- Wegen der Tabuisierung von todesbezogenen Themen müsste die Erfassung des Erlebens und Verhaltens von Sterbenden sowohl die bewusste wie die unbewusste Ebene einbeziehen.
- Die besondere Situation des Sterbenden und seine häufig anzutreffende Beeinträchtigung durch Schmerzen und Schwäche ergibt eine sehr geringe Motivation zur Teilnahme an irgendeiner Art von Untersuchung.
- Die emotionale Situation des untersuchenden Forschers (z.B. Angst, Schuldgefühle) dürfte eine grössere Rolle als in den meisten anderen psychologischen Studien spielen und könnte zu stark selektiver Erfassung des Geschehens führen.
- Eine psychologische Beobachtung von Sterbenden "im Feld" ist ohne besonderen Aufwand kaum möglich. Psychiater als die einzigen psychologisch geschulten Personen, die regelmässig mit sterbenden Menschen zusammenkommen, haben es in der Regel nur mit einem bestimmten Ausschnitt aus der Gesamtpopulation Sterbender zu tun.
- Eine Beobachtung sterbender Patienten im Spital ist immer auf die Einwilligung der betreffenden Ärzte angewiesen, die zu erhalten u.a. dadurch erschwert wird, dass sich die Ärzte in ihrem eigenen Verhalten gegenüber den Patienten beobachtet und beurteilt vorkommen können.

B. Spezieller Überblick zum Thema der Untersuchung

1. DER RAHMEN DER THEMATIK: DIE INTERAKTION STERBENDER

In der bisherigen Übersicht ging es jeweils allein um den Sterbenden. Er stand mit seinem Erleben und Verhalten im Mittelpunkt, mehr oder weniger unabhängig von personalen Bezügen zu seiner Umwelt. Seine Interaktion wurde bisher nur in der Bezogenheit auf und in der Auseinandersetzung mit seiner lebensbedrohlichen Krankheit und seinem bevorstehenden Tod gesehen.

Diese Sichtweise hat ihre Berechtigung. Aber sie betrifft nur einen bestimmten Ausschnitt aus der psychischen Wirklichkeit des Sterbenden. Denn der schwerkranke Patient hat es nicht nur mit Krankheit und Tod zu tun, sondern auch mit einer Reihe von Personen, auf die er bezogen ist und die auf ihn hin orientiert sind. Pointiert könnte man sagen: Der Patient erlebt sein Sterben durch die Interaktion mit seiner Umwelt. Seine Angst vor dem Tod in Form der Befürchtung, von seinen Angehörigen verlassen zu werden; seine Depression als Trauer darüber, nie mehr mit seinen Freunden zusammenkommen zu können; seine Bemühung, noch einmal für ein Wochenende nach Hause zu können - sie alle beziehen sich auf die Interaktion zwischen Sterbendem und sozialer Umwelt. Dabei ist unter Interaktion allgemein "jede Art wechselseitiger Bedingtheit" zu verstehen (DREVER & FRÖHLICH 1977, S. 166). Sie liegt dann vor, "wenn ein Handelnder ... sich nicht nur am zufälligen oder gerade erkennbaren Verhalten eines anderen Handlungspartners, sondern auch und in erster Linie an dessen Erwartungen, positiven und negativen Einstellungen sowie Einschätzung und Bewertung der gemeinsamen Situation orientiert" (HARTFIELD 1976, S. 314).

Im folgenden soll diese Interaktion daraufhin untersucht werden, inwieweit das Erleben und Verhalten der Umwelt des Patienten einen Einfluss auf seine Sterbe-Erfahrungen hat. Dabei beschränkt sich die Betrachtung auf die in der vorliegenden Untersuchuung befragten Spitalpersonen bzw. Interaktionspartner: Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer (vgl. Kap. III). Weil die Angehörigen von Sterbenden nicht mit in die Untersuchung aufgenommen werden konnten (s. dazu unten S. 74f.), wird an dieser Stelle auch auf die

Beschreibung ihrer - ansonsten natürlich zentralen - Interaktion mit den Patienten verzichtet. Zuvor wird in einem einleitenden Abschnitt allgemein nach der Wirkung der Umwelt auf Erleben und Verhalten des Sterbenden gefragt.

1.2 Der Einfluss der Interaktionspartner auf den Sterbenden

Wie sich der sterbende Patient im Spital erlebt und wie er sich verhält, hängt davon ab, welches Bild, welches "Selbstkonzept" er von sich hat. Unter Selbstkonzept versteht man das "Insgesamt von Einstellungen, Urteilen und Werthaltungen eines Individuums bezüglich seines Verhaltens, seiner Fähigkeiten und Eigenschaften". Es beinhaltet "sowohl die Wahrnehmung dieser Variablen des Selbst als auch deren Bewertung" (BARTUSSEK 1972, S. 299). Wahrnehmung und Beurteilung des Selbst aber haben damit zu tun, wie der Betreffende von anderen wahrgenommen und beurteilt wird. "Die Selbstkonzeptforschung hat festgestellt, dass das, was jeder einzelne von sich weiss und wie er sich selbst sieht, der Art und Weise entspricht, wie er von anderen angesprochen und in Anspruch genommen wurde" (NOVAK 1972, S. 298).

Das bedeutet für den Patienten, dass er während seines Sterbeprozesses ständig auf bestimmte Erwartungen und Einschätzungen seitens seiner Spitalumwelt trifft, die ihm in stärkerer oder schwächerer Form entgegengebracht werden. Daraus ergeben sich für ihn Verpflichtungen, die ihn einem bestimmten Erwartungsdruck aussetzen (vgl. LAU 1975). Für den schwerkranken Patienten wären hier - wie für alle Patienten - etwa die Bereitschaft zur Kooperation mit Ärzten und Schwestern oder die Bemühung um ein nicht auffälliges, also angepasstes Verhalten (z.B. Wahrung der Fassung bei Schmerzen) zu nennen. Für den sterbenden Patienten käme als weitere Verpflichtung z.B. die Erwartung hinzu, in Würde zu sterben, sein Leben nicht vorzeitig zu beenden und niemals aufzugeben oder apathisch zu werden (vgl. KASTENBAUM 1975).

LAU (1975, S. 32) sieht die Erwartung gegenüber dem Schwerkranken im Zwiespalt zwischen Unausweichlichkeit und Unerwünschtheit: "Der Sterbende muss

spüren, dass sein Zustand von allen missbilligt wird und dass man auch von ihm selbst erwartet, dass er diese Missbilligung bis zuletzt teilt." - Noch pointierter formuliert ARONSON (1965, S. 251f.): "Die Ärzte, das Spital und die Angehörigen stecken den Rahmen für Regression und Abhängigkeit ab, manchmal eher bittend, manchmal eher drängend, so dass sich der Patient weit mehr durch seine Schuld- und Schamgefühle als durch Schmerzen und Unwohlsein veranlasst sieht, seinen regressiven Tendenzen nachzugehen."

Der Einfluss der Umwelt spielt besonders bei der Frage eine Rolle, ob man dem Patienten die Wahrheit über seine Erkrankung sagen soll. Besteht zwischen Patient und Umwelt keine "offene" Kommunikation, sondern liegt ein "Kontext wechselseitiger Täuschung" (GLASER & STRAUSS 1974) vor, in dem jede Seite die Wahrheit kennt, aber mit dem anderen nicht darüber spricht, wird die ohnehin vorhandene Angst des Sterbenden vor sozialer Isolierung noch verstärkt.

"Mancher Schwerkranke spielt perfekt die Rolle des ahnungslosen Optimisten, nur um seine Umgebung zu beschwichtigen. Er weiss: Dann bleibt er von den anderen wohl gelitten. Sie kommen gern zu ihm und fühlen sich in seiner Nähe wohl, wenn er eher humorvoll, unbefangen und zuversichtlich in die Version einstimmt: Bald ist alles wieder gut! Wenn der unheilbar Kranke seinen Angehörigen eine solche Art von stützender Therapie zur Unterdrückung ihrer Ängste liefert, so tut er das natürlich zumeist aus Zwang, sich den Kontakt mit ihnen zu erhalten" (H.E.RICHTER 1980, S. 134).

Weiss der todkranke Patient im Unterschied zu seinen Bezugspersonen nicht, wie es um ihn steht, ahnt aber die Wahrheit, so wird er mit misstrauischer Aufmerksamkeit das Verhalten seiner Umgebung verfolgen ("Kontext argwöhnischer Bewusstheit" (GLASER & STRAUSS 1974)). Seine Interaktionspartner werden daraufhin mit noch grösserer Vorsicht und möglichst weitgehender Vermeidung von gefährlichen Themen reagieren, was zur Folge hat, dass sich der Patient immer isolierter vorkommt.

Ist der Patient in einer Phase von Zorn und Aggressivität, kann ein ähnlicher Effekt eintreten. Eine Umwelt, die nicht in der Lage ist, die emotionalen Ausbrüche des Sterbenden und seine schlechte Laune zu verstehen und ihnen adäquat zu begegnen, wird mit dieser Haltung kaum fertig werden, vielmehr ihrerseits mit Verärgerung reagieren. Da aber Schwestern und Ärzte dem Ethos aggressionsfreien Umgangs mit dem Patienten verpflichtet sind, können sie ihren Ärger nicht direkt äussern, sondern reagieren etwa damit, dass sie den Patienten, wenn möglich, meiden.

Ist der Sterbende depressiv, kann die Reaktion seiner Umwelt eine Verstärkung der Depression bewirken, da häufig die Fähigkeit fehlt, auf bestimmte Verhaltensweisen des Patienten (wie Rückzug auf sich selbst, Weinen, Abwendung von anderen) angemessen zu reagieren. Da aber der depressive Patient offensichtlich nichts mehr von seiner Umwelt wissen will, so lautet die Argumentation, bedarf es auch keiner Zuwendung ihm gegenüber. REST (1979, S. 40) sieht hier eine Kette von Wechselwirkungen: "... je innengeleiteter (sc. depressiver) die Patientenreaktion, desto unsicherer das Pflegeverhalten, desto totaler das Sterben der Patientenidentität, desto totaler der Tod."

1.2 Die Beziehung zwischen Patient und Arzt

Der Arzt ist für den sterbenden Patienten in vieler Hinsicht der wichtigste Bezugspartner. Nicht nur als Person, die zu Beginn seiner Sterbezeit das entscheidende Wort über sein Schicksal gesprochen hat (Diagnose), sondern auch als Gestalter der Gegenwart (Therapie) und Deuter der Zukunft (Prognose) ist er von hervorragender Bedeutung für das Wohl und Wehe des Patienten. Dementsprechend steht der Kontakt mit ihm im Zentrum des gesamten Interaktionsgeschehens des Patienten.

Es kann hier nicht der Ort sein, ein Psychogramm ärztlichen Verhaltens gegenüber sterbenden Patienten zu entwerfen (vgl. dazu besonders MEERWEIN et al. 1976; MEERWEIN 1981a; ROSENBAUM 1978). Immerhin lässt sich soviel sagen, dass sich viele Publikationen kritisch mit der Rolle des Mediziners auseinandersetzen, eine Kritik, die nicht zuletzt aus den eigenen Reihen kommt.

Aufgrund einer Umfrage in verschiedenen schweizerischen Krankenpflegeschulen kommt z.B. HERZIG (1979) zu dem Ergebnis, der Arzt fühle sich aus der Sicht der Schwester am Bett des sterbenden Patienten häufig ratlos und wisse auf die gestellten Fragen keine Antwort; er warte in der Regel, bis der Patient die Initiative zum Gespräch ergreift; er befasse sich nur ungenügend mit der Situation des Sterbenden, und seine therapeutischen Massnahmen ihm gegenüber würden von seiten der Schwestern oft in Frage gestellt, was zu Spannungen und Konflikten führe.

Besteht zwischen Arzt und Patient keine offene Kommunikation, kann es zur "Double-Bind-Situation der Verleugnung" bzw. "Verleugnungskollusion" kommen (MEERWEIN 1981b, S. 122). Sie ist das Ergebnis eines aus bewussten und unbewussten Anteilen bestehenden Prozesses, bei dem die Todesängste des Patienten entsprechende Ängste beim Arzt hervorrufen, die er mittels Rationalisierung und Verleugnung zu bewältigen versucht:

Patient: "Ich weiss, dass ich Krebs habe, spreche aber nicht davon, um meinen Arzt nicht zu beunruhigen und in Verlegenheit zu bringen. Ich muss verhindern, dass er sich von mir zurückzieht."

Arzt: "Er hat Krebs. Ich sage es ihm aber nicht, um ihn nicht zu beunruhigen und seinen Lebenswillen nicht zu lähmen. Dass er nicht davon spricht und nicht danach fragt, beweist, dass er die Wahrheit nicht wissen will" (MEERWEIN (aaO).

Arzt und Patient stehen in einem Verhältnis wechselseitiger Beeinflussbarkeit, wobei es sich, wie das obige Beispiel zeigt, häufig um Wirkungen handelt, die weder dem einen noch dem anderen bewusst sind. Eine direkte Wechselwirkung konnte KALISH (1965 - zit. n. SCHNEIDER 1974, S. 164f.)[1] feststellen: Ärzte und Schwestern wandten sich solchen Patienten intensiver zu, die ihnen gegenüber grössere Freundlichkeit und mehr Kooperationsbereitschaft zeigten.

Nach MEERWEIN (1981b) kann eine nicht gelungene Einfühlung des Arztes in die Situation des sterbenden Patienten u.a. folgende Konsequenzen haben:

- Der Arzt lässt sich von den beim Patienten gespürten Gefühlen von Angst und Depression so überwältigen, dass er in seiner Funktion beeinträchtigt wird, was wiederum vom Patienten gespürt wird und dessen Ängste verstärkt.
- Der Arzt reagiert auf die Todesverfallenheit des Patienten mit Abwehr (z.B. betonte Sachlichkeit, Vermeidung von Gesprächen, In-Gang-Setzen vielfältiger therapeutischer Aktivitäten), was beim Patienten die Angst vor dem Verlassen-Werden erhöht.
- Der Arzt projiziert seine Angst, der Krankheit nicht beikommen zu können, auf den Patienten, indem er vermutet, für diesen gäbe es nur die Alternative zwischen Heilung und Tod. "Die diese Projektion begleitende 'Entdifferenzierung' des Denkens über den Kranken ... kann den Patienten tief kränken und die Arzt-Patientenbeziehung schwer belasten..." (S. 90).

---

1) Kalish, R.A.: The aged and the dying process: the inevitable decision. Journal of Social Issues, 1965, 21, 87-96

1.3 Die Beziehung zwischen Patient und Pflegepersonal[1)]

Unter den Bezugspersonen des Sterbenden hat die Schwester ihre spezifische Rolle vor allem durch den Umfang ihrer Interaktion mit dem Kranken. Wird der Arzt vom Patienten in erster Linie als Bezugsperson in allen Fragen von Krankheitsentwicklung und -behandlung gesehen, eine Person, die jedoch immer nur vorübergehend verfügbar ist, gilt die Schwester als ständige Interaktionspartnerin, die mit dem Kranken in allen möglichen Situationen zu tun hat. Sie ist, wenn man so will, das Verbindungsglied zwischen den einzelnen Elementen des 'Kommunikationssystems' sterbender Patient.

"Die Schwester ist oft die Dolmetscherin zwischen Arzt und Patient. Sie kann die Bedürfnisse des Patienten durch ihr tägliches 'Miterleben' oft besser als die Ärzte ergründen und erspüren und bei der Pflegeplanung die Zielsetzung diesen Erfahrungen anpassen. Sie ist zugleich auch Vermittlerin zwischen den Patienten und den verschiedenen in- oder ausserhalb des Spitals arbeitenden Instanzen, und befindet sich somit in einer Schlüsselstellung, die ihr ermöglicht, den Patienten mit den Menschen zu verbinden, die er benötigt und die ihn benötigen" (GLAUS 1981, S. 200f.).

Von daher ist der Einfluss der Schwester auf den Kranken bzw. die wechselseitige Beeinflussung hoch zu veranschlagen und dürfte in vielen Fällen von ähnlicher Bedeutung sein wie die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Auch die Schwester erlebt die verschiedenen psychischen Zustände des Sterbenden an sich selbst und reagiert darauf mit bestimmten Gefühlen und Verhaltensweisen. Auch ihre Reaktion auf Zorn und Depression des Sterbenden kann darauf hinauslaufen, den Kranken zu isolieren. Nach ABRAMS (1971) ist für die Schwestern vor allem der häufige Wechsel des Patienten zwischen Depression und Verleugnung in der Terminalphase des Sterbens eine grosse Belastung, auf die viele mit Kontakteinschränkung reagieren. Allerdings ist die Schwester nicht in dem Masse wie der Arzt oder die Angehörigen in der Lage, den Kontakt mit dem Patienten zu reduzieren oder gar zu vermeiden. Deshalb zeigt sich ihre Abwehrhaltung besonders in ihrer veränderten verbalen und non-verbalen Kommunikation. REST (1977) sieht hier vor allem zwei pflegerische Verhaltensweisen, die einen isolierenden und deprimierenden Einfluss auf den Patienten haben können: a) pflegerische Ausschliesslichkeit: die körperliche Pflege

---

1) Wenn im folgenden der Einfachheit halber nur von Schwestern gesprochen wird, sind selbstverständlich die Pfleger mitgemeint.

des Patienten wird zum Zweck an sich, der sich ohne anderen, z.B. emotionalen Kontakt mit dem Patienten erreichen lässt; b) psychosoziales Fehlverhalten: übergrosse Hektik, Überprotektion oder Beurteilung von psychischer Not als somatisches Ereignis.

Eine grosse Rolle in der Beurteilung der psychischen Situation des Patienten scheint der Begriff der Verwirrung zu spielen. Abgesehen von Fällen, in denen die Bezeichnung tatsächlich zutrifft, kann ein solches Urteil leicht zum Ausdruck der Abwehr berechtigter Bedürfnisse werden. REST (1977) machte in Altenheimen die - vermutlich auf den Spitalbereich übertragbare - Beobachtung, wie die "Verwirrtheitsdiagnose" als "Schutzbegriff für Verhaltensweisen der Station" gebraucht wurde, "von denen man entweder weiss, dass sie falsch oder ungerechtfertigt sind, oder die einen Ausdruck der eigenen unbewältigten Probleme mit Tod und Alter darstellen" (S. 92).

In einer sehr bekannt gewordenen Untersuchung stellte KALISH (1965 - zit. n. SCHNEIDER 1974, S. 163)[1] fest, dass Schwestern auf die Rufzeichen von Sterbenden weniger schnell reagierten als auf die anderer Patienten, ohne dass ihnen dies bewusst war.

1.4 Die Beziehung zwischen Patient und Spitalpfarrer

Der Pfarrer gehört von alters her zu den wichtigsten Kommunikationspartnern des sterbenden Patienten. Man könnte geradezu von einer klassischen Rolle des Seelsorgers am Sterbebett sprechen, da sein Auftauchen im Zimmer eines Schwerkranken oft den unmissverständlichen Hinweis für den Betroffenen bedeutete, dass "sein letztes Stündlein geschlagen" hatte. Diese Rollenattribution hat sich in den letzten Jahrzehnten u.a. dadurch aufgelockert, dass in vielen Spitälern festangestellte Pfarrer tätig sind, die mit möglichst allen Patienten Kontakt aufnehmen. Ausserdem ist die Beziehung

---

1) Vgl. Anm. 1 auf S. 25.

zwischen Pfarrer und Kirche einerseits und Patienten bzw. Gemeindemitgliedern andererseits aus vielfältigen Gründen, auf die hier nicht eingegangen werden kann, einem erheblichen Wandel unterlegen. Trotzdem dürfte der Seelsorger weiterhin eine wichtige Bezugsperson besonders des todkranken Patienten im Spital sein, nicht zuletzt deshalb, weil er über mehr freie Zeit als Schwester oder Arzt verfügt, die er dem Patienten widmen kann. Daneben gibt es unter Sterbenden einen relativ grossen Prozentsatz von Patienten, die in dieser Situation das Gespräch gerade mit dem Pfarrer suchen.

Um die Stellung des heutigen Spitalpfarrers im Gesamtorganismus eines Krankenhauses und als Gegenüber zum Patienten zu verstehen, ist es nötig, kurz auf zwei verschiedene Seelsorge-Konzeptionen einzugehen, welche die Tätigkeit des Spitalpfarrers (zumindest des reformierten) in den letzten Jahrzehnten entscheidend geprägt haben. Die erste Theorie, die bis Ende der 60-er Jahre weithin Gültigkeit hatte und vor allem mit den Autoren ASMUSSEN (1936) und THURNEYSEN (1948; 1968) verbunden ist, versteht Seelsorge als Verkündigung der christlichen Botschaft. Dabei spielt es eine untergeordnete Rolle, dass sich das betreffende Gemeindemitglied, dem diese Botschaft gilt, im Spital befindet bzw. todkrank ist. In jedem Fall ist dem Patienten deutlich zu machen, dass Krankheit die Folge von "Sünde", d.h. eines gestörten Verhältnisses zu Gott, ist. Auf diesem Hintergrund kann dann, bei entsprechender Einsicht des Patienten (Bitte um "Vergebung"), die mit dem Namen Jesus Christus verbundene "Gnade" Gottes verkündigt werden. Die Aufgabe des Pfarrers besteht also darin, dem Sterbenden die Botschaft von "Gericht und Gnade", vor allem durch Gebet und Bibellesung, zu vermitteln.

Die in den letzten 20 Jahren zu verzeichnende Veränderung der theologisch-kirchlichen Ausrichtung seelsorgerlicher Tätigkeit ist nach aussen darin sichtbar geworden, dass Spitalpfarrer für ihre Arbeit psychologisch geschult werden (Clinical Pastoral Training bzw. Klinische Seelsorge-Ausbildung, ein Programm, das im wesentlichen auf der ROGERSCHEN Gesprächspsychotherapie basiert). Das damit verbundene Seelsorge-Verständnis (vgl. besonders SPORKEN 1976 und 1981; MAYER-SCHEU 1984) verzichtet weitgehend auf eine metaphysische

Einordnung der Krankheit und betont dafür ihren Zusammenhang mit der Alltagswelt des Erkrankten. Dementsprechend hat sich das Rollenverständnis des Spitalpfarrers verändert: Er sieht sich nicht mehr als allein auftretenden "Diener Gottes", sondern als Mitglied eines therapeutischen Teams, das auf die Kooperation mit Ärzten und Pflegepersonal angewiesen ist. Anders als früher steht jetzt nicht mehr eine bestimmte Aussage im Mittelpunkt, sondern der Pfarrer versteht sich als "Begleiter" des Kranken. In einer oft von hektischer Betriebsamkeit geprägten Spitalwelt versucht er als "Anwalt von Menschlichkeit" (MAYER-SCHEU aaO), dem Patienten einen Freiraum zu verschaffen, damit dieser sich, wenn er will, auch mit existentiell-religiösen Fragen auseinandersetzen kann.

Exkurs 1: Der soziale Tod

In Zusammenhang mit der Interaktion zwischen Sterbenden und Umwelt wird in der Literatur immer wieder ein Phänomen beschrieben, das man als "sozialen Tod" (in der englischsprachigen Literatur häufig als "bereavement of the dying") bezeichnet. Damit ist jener Zeitpunkt im Verlauf des Sterbens gemeint, an dem ein schwerkranker Patient für seine Umwelt als bereits gestorben gilt, obwohl er im medizinischen Sinn noch nicht tot ist (vgl. KASTENBAUM 1969; PATTISON 1977d).

Der soziale Tod eines Menschen ist in der Regel Endpunkt einer Kette von Wechselwirkungen zwischen Patient und Umwelt, wobei Schuldgefühle, Ärger, Ängste und depressive Stimmungen die Hauptrollen spielen dürften. Dabei kommt der Familie des Sterbenden besonderes Gewicht zu. Denn im Unterschied zu Ärzten und Schwestern, die aufgrund ihres beruflichen Auftrages verpflichtet sind, ein Mindestmass an Kontakt mit dem sterbenden Patienten aufrecht zu erhalten, ist es der Familie möglich, sich ganz von ihm zurückzuziehen.

Allerdings zeigt gerade der Hinweis auf die Aufgaben des Spitalpersonals, wie fliessend die Grenzen hier sind. Ist doch die Tatsache der weiter bestehenden medizinischen und pflegerischen Versorgung eines Sterbenden mit seiner "emotionalen Quarantäne" (WEISMAN 1978, S. 187) keineswegs unvereinbar. Auch dann, wenn sich der Sterbende in diesem Sinne gut betreut weiss, kann er den Eindruck gewinnen, bereits abgeschrieben und der "prämortalen Einsamkeit" ausgeliefert zu sein (WEISMAN & HACKETT 1961, S. 251). Für SUDNOW (1970) ist das entscheidende Kriterium hier die Interessenverschiebung des

Personals von einer umfassenden, den Patienten als Gesamtperson berücksichtigenden Wahrnehmung auf eine nur die physiologischen Vorgänge des Kranken beachtende Sicht.

Für FERBER (1970) zeigt sich die Isolierung des Sterbenden in der "sozialen Distanz" zur Institution Krankenhaus mit ihrem spezifischen Rollenverständnis. Der Patient setzt sich aus der Sicht des Spitals durch seinen sich abzeichnenden Tod von der Gemeinschaft der übrigen Patienten ab. Ausserdem durchbricht er die Regel, wonach die Bedürfnisse des Kranken und die Leistungen des Spitals in Übereinstimmung gebracht werden können. "Die Lebensbedingungen der Institution ... sind in der Kategorie der Sterbenden aufgehoben, negiert, vernichtet. Sie bilden die 'outcasts' der Institutionen ..." (S. 244).

Wie KASTENBAUM (1969) mit Recht betont, ist das Phänomen des sozialen Todes nicht auf den Bereich des Sterbens beschränkt. Man kann auch dort von ihm sprechen, wo Menschen aufgrund von tatsächlichen oder vermeintlichen Verstössen gegen bestimmte Gesetze oder allgemeine Übereinkünfte von ihren Bezugspersonen nicht mehr beachtet werden und aus der Kommunikation mit ihnen herausfallen. Die Betreffenden sehen sich dann wichtiger Interaktionspartner beraubt. Das Besondere an der Situation des Sterbenden liegt darin, dass ihm die Möglichkeit genommen ist, solche Verluste durch Hinzuwahl neuer Bezugspartner zu kompensieren.

Die Betrachtung des sterbenden Patienten unter dem Aspekt des sozialen Todes geht nicht zuletzt auf eine Studie von CANNON aus dem Jahr 1942 zurück, der dieses Phänomen bei Eingeborenen in Nord-Australien beobachtete. Dort wird ein Mensch von seiner Gemeinschaft als tot angesehen, wenn er als verhext gilt. Sobald eine solche Zuschreibung vorgenommen ist, spielt sich folgender Prozess ab, wobei sich der Betroffene nicht nur nicht dagegen auflehnt, sondern die Entwicklung bis zu seinem physischen Tod sogar unterstützt:

"... die Gemeinschaft zieht sich zurück; alle, die zu ihm in freundschaftlichem Kontakt standen, hören auf, ihn zu unterstützen. Das bedeutet, dass sich jeder, der ihn kennt, alle seine Freunde, ihm gegenüber total anders verhalten und ihn damit zu einer anderen Art von Mensch machen." "Das soziale Gefüge eines Lebens bricht zusammen; er gehört nicht mehr zu seiner Gruppe, er ist allein und isoliert. Die verdammte Person befindet sich in einer Situation, aus der es nur einen Ausweg gibt: den Tod" (CANNON 1957, S. 185).

Sozialer Tod muss jedoch nicht immer das Ergebnis eines unfreiwilligen, passiv hinzunehmenden Vorgangs sein. Wie JAFFE in ihrem autobiographischen Bericht zeigt, kann eine bewusste Vorbereitung auf das Sterben auch die bewusste Planung der sozialen Trennung beinhalten:

"Ich muss jetzt ständig darum kämpfen, dass ich mich darauf vorbereiten kann, mich von allen zu trennen, die ich lieb gewonnen habe: meiner Familie, meinen Freunden, meinen Kollegen." "Der Weg, den ich gewählt habe, um zu meinem Tod eine Beziehung zu gewinnen, ist wichtiger geworden als der Tod selbst" (JAFFE & JAFFE 1977, S. 207).

2. DIE WICHTIGSTEN FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUM THEMA DER UNTERSUCHUNG

Betrachtet man die Literatur zum Thema 'sterbende Patienten', einschliesslich der Interaktion zwischen Patienten und Bezugspersonen, im einzelnen, kann man folgende Themenkomplexe unterscheiden:

Erleben und Verhalten Sterbender

Bei dieser Fragestellung geht es einmal um die Ermittlung des Selbstbildes der Todkranken: Wie sehen sich die Patienten selbst angesichts ihrer unheilbaren Erkrankung? Wie erleben sie die Beziehungen zu wichtigen Personen ihrer Umgebung? Hier gibt es eine Reihe von Erfahrungsberichten. Empirische Untersuchungen zu diesem Thema basieren im allgemeinen auf Interviews, die nach Vorliegen und Ausprägung bestimmter Erlebnisweisen oder Bewältigungs-Strategien der Patienten klassifiziert werden. Hierhin gehören auch die Arbeiten, die sich mit der Differenzierung des Konzeptes der Todesangst beschäftigen. Die andere - viel häufiger untersuchte - Frage möchte in Erfahrung bringen, wie todkranke Patienten von bestimmten in direktem Bezug zu ihnen stehenden Personen erlebt werden. - Bei beiden Aspekten geht es um den Vergleich mit Patienten, die mehr oder weniger stark erkrankt, aber nicht sterbend sind, oder mit Gesunden.

Einstellung, Erleben und Verhalten von Bezugspersonen Sterbender

Empirische Studien und Erfahrungsberichte, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, wollen herausfinden, ob Ärzte, Schwestern/Pfleger und andere Bezugspersonen schwerkranker Patienten eine besondere Einstellung zu Tod und Sterben haben, die sich von derjenigen ihrer Kollegen unterscheidet, die nicht regelmässig mit Sterbenden zu tun haben. Dabei spielt die Haltung zum eigenen Tod eine grosse Rolle. Daneben geht es um die Frage, wie die Betreffenden sich selbst in der Interaktion mit den Patienten sehen (hier liegt der Schwerpunkt weiterhin auf dem Thema "Wahrheit am Krankenbett"), oder wie aussenstehende Dritte dieses Verhalten einschätzen. In bezug auf beide Fragestellungen werden in letzter Zeit auch häufiger Erlebens- und Verhaltensweisen geprüft, die mit Faktoren wie Erfahrung (Alter, Dienstalter), medizinische Abteilung oder Spitaltypus in Zusammenhang stehen.

Vergleich zwischen den Ansichten von Patienten und Bezugspersonen

Bei Untersuchungen dieser Art geht es um den direkten Vergleich zwischen Patienten und Bezugspersonen in bezug auf die gleichen Beurteilungsgegenstände oder um die Einschätzung der Beziehung zum jeweilig anderen. Meist handelt es sich dabei um eng umgrenzte Themenbereiche wie z.B. die Vermittlung und Aufnahme der Information über den Krankheitszustand. Studien mit breiterer Thematik sind bisher sehr selten.

Im folgenden sollen die hauptsächlichen Ergebnisse der wichtigsten Untersuchungen gemäss der beschriebenen thematischen Gliederung wiedergegeben werden. Dabei wird der Schwerpunkt dieses Berichtes auf der Literatur der letzten Jahre liegen wobei versucht wird, chronologisch vorzugehen.

2.1 Erleben und Verhalten von Patienten

Obwohl das Phasen-Modell von KÜBLER-ROSS (1971) zeitlich nicht am Anfang thanatopsychologischer Beschäftigung mit sterbenden Patienten steht, sei es wegen seiner Sonderstellung, was den Bekanntheitsgrad angeht, als erstes erwähnt. Gemäss dieser Autorin durchläuft fast jeder Sterbende - wie auch nicht-todkranke Patienten wie überhaupt jeder Mensch, der einen schwerwiegenden Verlust erleidet - eine Strecke von fünf "Reaktionsphasen", "die ihm helfen, sich mit der schwierigen neuen Lebenslage abzufinden" (S. 40). Unter "Phasen" (im englischen Original: "stages", d.h. Stufen) sind "Verteidigungsmechanismen im psychiatrischen Sinn" bzw. "Mechanismen zur Bewältigung extrem schwieriger Situationen" zu verstehen (S. 120). Sie umfassen die psychischen Zustände von Nicht-wahr-haben-Wollen (Verleugnung), Zorn (Aggression), Verhandeln, Depression (reaktive und antizipatorische) und Annahme (Akzeptanz). Obwohl KÜBLER-ROSS betont, dass die fünf Bewältigungsmechanismen weder in der Dauer noch in der Reihenfolge festgelegt sind, weist ihr Modell zweifellos ein wertorientiertes Gefälle auf: wenn immer möglich, sollte der Patient alle Phasen bis hin zur letzten durchlaufen.

Dieses Erklärungsmodell des Sterbeprozesses, das in Praxis und Literatur zahlreiche Verwendung und Bestätigung gefunden hat (vgl. z.B. SPORKEN 1976; HERZIG 1979; REST 1977; MAUKSCH 1978), musste sich eine ebenso häufige Kritik gefallen lassen, die sich auf Begrifflichkeit, Methodik, Gültigkeitsbereich, Verwendung in der Praxis, weltanschauliche Verknüpfung und fehlende Auseinandersetzung der Autorin mit fachlicher Kritik bezieht.

Zehn Jahre vor KÜBLER-ROSS hat CAPPON (1959) den Versuch eines einheitlichen psychoanalytisch orientierten Kategoriensystems vorgelegt, um das Erleben und Verhalten von Sterbenden zu erfassen. Danach lässt sich beim Patienten zwischen den Dimensionen emotionaler Zustand, Ich-Zustand, Ich-Abwehr, Sterbe-Motivation, Bewusstheit der Krankheit und Kommunikation unterscheiden.

In einer sehr sorgfältigen und umfangreichen Studie hat HINTON (1963) die psychischen und physischen Beeinträchtigungen von 102 Patienten, deren Tod innerhalb von sechs Monaten erwartet wurde, durch wöchentlich durchgeführte Interviews festgestellt, die nach dem Tod eines Patienten jeweils durch die Befragung von Schwestern über seine letzten Stunden ergänzt wurden (vgl. o. S. 19). Verglichen mit einer Kontrollgruppe von weitgehend parallelisierten schwerkranken, aber nicht sterbenden Patienten zeigten sich bei den Sterbenden signifikant höhere Werte in bezug auf Häufigkeit und Intensität physischer Beeinträchtigung (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Husten, Unwohlsein), Depression, Angst und Bewusstseinstrübung. Ausserdem setzten sich die Todkranken deutlich mehr mit dem Tod auseinander. Auf einer 5-stufigen Skala, die von "nicht vorhanden" bis "stark" reichte, wurden nur 17% der Sterbenden bezüglich Depression und 13% bezüglich Angst als schwerwiegend betroffen (4. und 5. Stufe der Skala) eingeschätzt. Ausserdem ergaben sich signifikant positive Korrelationen zwischen Dauer der Erkrankung und Depression bzw. Angst, physischer Beeinträchtigung und Depression sowie Bewusstheit und Depression. Bei der Prüfung soziographischer Einflüsse zeigte sich, dass jüngere Patienten, Frauen und religiös stärker gebundene Patienten depressiver und sich mehr ihres bevorstehenden Todes bewusst waren.

In seinem auf der psychiatrischen Behandlung von etwa 100 Todkranken basierenden, erstmals 1965 erschienenen, Erfahrungsbericht bezeichnet FEDER (1976)

die Zerstörung der psychischen und physischen Integrität als das zentrale Problem des Sterbenden. Da der Mensch nicht weiss, was der Tod ist, besteht seine Angst nicht so sehr vor dem Tod selbst, sondern mehr vor dem Prozess des Verletzt-Werdens auf dem Weg dorthin.

In einem erstmals 1967 erschienen sehr anregenden Artikel betont PATTISON (1977d) die Notwendigkeit, den Prozess des Sterbens (living-dying phase) nicht als einheitliche Strecke zu sehen, sondern ihn in die Phasen "akute Krise", "chronische Sterbezeit" (chronic living-dying phase) und "Terminalstadium" zu unterteilen. Dementsprechend ergeben sich unterschiedliche Fragen und Probleme. Die erste Phase, in welcher der Patient von seiner unheilbaren Erkrankung erfährt, ist gekennzeichnet durch das Ausmass der Herausforderung ("stressreichste Lebenskrise"), die Notwendigkeit zur Mobilisierung bisher unbekannter Ressourcen, die Bedrohung sämtlicher Lebensziele, das rasche Anwachsen von Spannung bis zu einem Maximum und die Aktivierung ungelöster Probleme. In bezug auf die mittlere Sterbezeit unterscheidet PATTISON zwischen verschiedenen Ängsten: Angst vor dem Unbekannten, vor Einsamkeit/Isolierung, Kummer, dem Verlust von Familie und Freunden, dem Verlust körperlicher Integrität und Selbstkontrolle bzw. physischer Integrität, vor Leiden und Schmerzen, dem Verlust der Identität und vor Regression. Was die terminale Phase angeht, so wird deren Ablauf von Reihenfolge und Art des Aufeinander-Bezogen-Seins der bei jedem Menschen begegnenden Todesarten (sozialer, psychischer, biologischer und physiologischer Tod) abhängen.

Unter Verwendung der von LAZARUS[1)] geprägten Begrifflichkeit von Stress und Coping analysiert LIPOWSKI (1970) die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit. (Die nicht-empirische Studie bezieht sich nicht speziell auf Sterbende, lässt sich aber auf diesen Patientenkreis erweitern.) Wenn unter Coping alle kognitiven und motorischen Aktivitäten verstanden werden, mit denen ein Kranker seine körperliche und psychische Integrität zu erhalten

---

1) Lazarus, R.S.: Psychological stress and the coping process. New York: Mc Graw-Hill, 1966

oder wiederzugewinnen versucht, lässt sich bei jedem Menschen zwischen einem überdauernden Coping-Stil und aktuellen Coping-Strategien unterscheiden. Was den Stil der Bewältigung angeht, ist zwischen kognitiv bestimmter Beschwichtigung (minimization) und ständiger Aufmerksamkeit (vigilant focusing) sowie verhaltensmässig zwischen Kampf, Kapitulation und Vermeidung zu trennen. Was die Strategie betrifft, mit der Bedrohung fertig zu werden, sind als Betrachtungsweisen der Krankheit genannt: Herausforderung, Feindschaft, Bestrafung, Schwäche, Erlösung/Rückzugsmöglichkeit, Strategie zwecks Erreichung bestimmter Ziele, unwiderruflicher Verlust oder innerer Wert.

In einem in erster Fassung 1971 publizierten, von grosser Erfahrung im Umgang mit Sterbenden geprägten Bericht beschreibt KALISH (1980) den Sterbeprozess als eine Zeit, in welcher der Betroffene "lernen" muss, mit bestimmten "Aufgaben" fertig zu werden. Er muss eine Reihe von Dingen in Ordnung bringen, wozu auch das Überdenken der ihm noch verbleibenden zeitlichen und finanziellen Mittel gehört. Er muss sich auf den Verlust seiner Angehörigen und den Verlust seiner selbst vorbereiten. Er muss sich um seine medizinische und pflegerische Versorgung kümmern. Innerliche Vorbereitung auf Schmerzen und Hilflosigkeit gehören ebenso zu seinen Pflichten wie die Verarbeitung des bevorstehenden Verlustes an physisch-psychischer Integrität, Selbstwertgefühl und Identität. Daneben gilt es, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, als was der Tod zu verstehen ist und wie die Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen während der Krankheit aufrechterhalten werden kann. Letztlich stellt sich ihm auch das Problem von aktiver oder passiver Euthanasie. - Obwohl der genannte Aufgabenkatalog stark vom amerikanischen Gesundheitswesen geprägt ist, stellt er doch eine auch in unseren gesellschaftlichen Verhältnissen brauchbare Übersicht über wichtige Sorgen sterbender Patienten dar.

Mit welchen Problemen ein todkranker Patient zu kämpfen hat, hängt nach der Literaturübersicht von HEIM (1975) sehr mit der Art der Erkrankung und der sich daraus ergebenden spezifischen Reaktionsweise zusammen. So kann man bei Patienten mit chronischem Nierenversagen zwischen passiv-abhängigen "Konformisten", unabhängig-individuellen "männlichen Typen" und kooperativen "Anpassungstypen" unterscheiden. Bei kardiologischen Patienten lassen sich

gehäuft die Abwehrmechanismen Stoizismus, Reaktionsbildung, Fokussierung und Projektion, Glaubenshaltung, Verdrängung und Verleugnung sowie Verschiebung feststellen, während sich bei Krebspatienten deutliche Unterschiede zwischen verleugnenden "Dissimulierern" und dramatisierenden "Aggravierern" bzw. zwischen "aufschiebenden", "akzeptierenden", "distanzierenden", "Willkommen heissenden" und "von Angst bestimmten" Patienten feststellen lassen.

In ihren zahlreichen, Anfang der 70-er Jahre begonnenen Versuchen, todkranken Menschen mittels LSD-Therapie den Prozess des Sterbens zu erleichtern, beobachteten GROF & HALIFAX (1980) positive Veränderungen in folgenden Bereichen, woraus sich indirekt ein Problemkatalog ablesen lässt: emotionelle Symptome (Depression, Selbstmordneigung, Spannung, Angst, psychische Abkapselung, Schlaflosigkeit); physische Probleme (Schmerzen, Leiden); todbezogene Fragen (Furcht vor dem Tod, Einstellung zum Sterben); Probleme von Zeitorientierung und grundlegender Werteinstellung; Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten (vgl. o. S. 19).

In einer Befragung von 33 Krebspatienten, in der anhand von Interviews festgestellt wurde, welcher Aspekt der Krankheit ihnen am meisten zu schaffen machte, kommen CASTLES & KEITH (1979) zu folgender Rangordnung: physische Beeinträchtigungen, vor allem Schmerzen (30%), psychische Faktoren, z.B. Ungewissheit (24%), soziale Implikationen, z.B. Verlust des Arbeitsplatzes (21%). 24% der Patienten gaben keinen der genannten Aspekte an. Aus der Tatsache, dass Probleme der Interaktion zwischen Patienten und Spitalbezugspersonen nur zweimal genannt wurden, glauben die Autoren schliessen zu können, dass die meisten der genannten Sorgen von seiten des Pflegepersonals nicht beeinflussbar sind. Ihre eigene Rolle sahen die Patienten so, dass es notwendig ist, mit den Schwestern zusammenzuarbeiten und ihnen keine unnötigen Schwierigkeiten zu machen. (Dieses Phänomen wird seit einigen Jahren in der medizinischen und klinisch-psychologischen Literatur unter dem Stichwort "compliance" (Willfährigkeit, Unterwürfigkeit) untersucht.) Dabei nahmen sie die Schwestern vor allem in ihrer instrumentell-technischen Funktion, nicht aber als eigenständige und um sie besorgte Betreuer wahr.

Ein überzeugender Versuch, die Sorgen sterbender Patienten nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen, findet sich bei GAUS & KÖHLE (1979) unter dem Aspekt von "Faktoren, welche die Anpassungsprozesse bei körperlich Kranken bestimmen". Danach muss man den Patienten nach dem zugrunde liegenden körperlichen Leiden beurteilen, wobei die Schwere der Krankheit, die betroffenen Organsysteme und die zeitliche Dauer eine Rolle spielen. Daneben sind die Persönlichkeitsmerkmale des Patienten wichtig, worunter die Verfasser sowohl soziographische Variablen wie Alter und Geschlecht als auch die Persönlichkeitsstruktur des Patienten verstehen. Ausserdem ist die aktuelle Situation von Bedeutung (u.a. soziale Kontakte, Beziehung zum Spitalpersonal, strukturelle Gegebenheiten des Krankenhauses).

In einer sehr ausgewogenen und kenntnisreichen Monographie untersuchte der Theologe und Psychologe ENGELKE (1980) die "Erwartungen" und die "psychosoziale Situation" von 153 todkranken Patienten eines Universitätsspitals, die er mit entsprechenden Grundsätzen katholisch-theologischer Lehrtexte für die Seelsorge an Sterbenden verglich. Methodisches Instrumentarium war dabei die deskriptiv-gewichtende Inhaltsanalyse von Verbatims, d.h. wörtlichen Gedächtnisprotokollen von Gesprächen mit Todkranken. (Mit solchen Texten wird seit vielen Jahren im Rahmen der Klinischen Seelsorge-Ausbildung von Spitalpfarrern gearbeitet.) Die Verbatims wurden nach einem in insgesamt 64 Einzelpunkte unterteilten, sehr differenzierten, wenn auch von seiner Genese her nicht unproblematischen Kategoriensystem ausgewertet (Theologie- und Psychologiestudenten wurden nach ihren Vermutungen über die psychosoziale Situation und die Erwartungen von Sterbenskranken an die Kirche gefragt).

Gemäss diesem Schema, zu dem neben Fragen religiöser Bedürfnisse und Wünschen nach Kontakt mit dem Seelsorger auch allgemeine Probleme wie Krankheitserleben, Auseinandersetzung mit dem drohenden Tod und Interaktion mit der Umwelt gehörten, zeigte sich u.a. folgendes Bild der Patienten: "Menschliche Bedürfnisse können recht vielfältig sein. Bei Sterbenskranken ist diese Vielfalt jedoch auf einige wenige elementare Bedürfnisse eingeschrumpft. Im Mittelpunkt des Kranken steht seine Krankheit und alles, was damit irgendwie zusammenhängt. Das akute Erleben bestimmt sein Denken und seine Interessen

ganz und gar. Schmerzen, körperliche Beschwerden und Behinderungen nehmen ihn gefangen, so dass er zu nichts anderem mehr kommt" (S. 62). Für 84% aller Patienten stand das "akute Erleben" ihrer Krankheit im Mittelpunkt, wobei 67% als im Konflikt mit sich selbst, 39% im Konflikt mit der Umwelt und 45% im Konflikt mit der Religion stehend eingeschätzt wurden. Sorgen um ihre Angehörigen zeigten 22%, solche um ihre wirtschaftliche Situation nur 8%. Als von Angst geplagt und ohne Hoffnung wurden 11% erlebt; dagegen wirkten 88% sowohl von Angst wie von Hoffnung gekennzeichnet. Die Frage 'Warum trifft es gerade mich?' stellten sich 31%, ihre Krankheit als Strafe erlebten 6% aller Patienten. - Der Vergleich dieser Befunde mit den nach denselben Kategorien inhaltsanalytisch ausgewerteten theologischen Lehrtexten ergab ein grosses Defizit an Wahrnehmung grundlegender Konflikte und Bedürfnisse der Patienten aus der Sicht der kirchlichen Dokumente.

SCHMELING et al. (1982) unterteilten den Sterbeprozess in ihrem Überblicksreferat in eine Phase der "ersten Reaktion", die durch Schock, Unglauben und Betäubtheit gekennzeichnet ist, eine Phase "emotionaler Bewegtheit", in der Angst, Depression, Ärger, Feindseligkeit, Vorwürfe und Schuldgefühle vorkommen, und eine darüber hinausgehende Zeit, in der sich die Kranken durch Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Regression, Egozentrik und Isolierung vom Affekt an die Wirklichkeit ihres Krankseins anzupassen versuchen.

In einem auf der ersten deutschsprachigen thanatologischen Tagung 1982 vorgetragenen Referat berichten FREDE & FREDE (1985) über eine Studie, in der sie Patienten mit Hirntumoren zur Erfassung ihres psychosozialen Situation mittels halbstrukturierter Gespräche und vier standardisierter Fragebögen zur subjektiven Befindlichkeit und zur Depressivität nach dem Hilflosigkeitsmodell von SELIGMAN[1)] unterscheiden. Nach diesem Modell entsteht Hilflosigkeit und letztlich das Gefühl der Ohnmacht, wenn persönlich bedeutsame Situationen aufgrund eigener Unfähigkeit als unkontrollierbar erlebt werden und diese Einschätzung auf vergleichbare zukünftige Situationen generalisiert wird. Von den untersuchten 15 Patienten wurden sieben als hilflos und acht

---

1) Seligman, M.E.P.: Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg, 1979

als nicht-hilflos im oben genannten Sinn gefunden. Die Patienten ohne Hilflosigkeitseinstellung wiesen in ihren Selbstaussagen ein stärkeres Selbstbewusstsein, eine höhere Belastbarkeit und eine angemessenere Beurteilung ihrer Krankheitssituation auf, woraus die Verfasser einige Anregungen zu Indikation und Durchführung psychotherapeutischer Hilfe ableiten, wobei die Veränderung von Attributionsprozessen die grösste Rolle spielt.

Nach dem sehr lesenswerten Erfahrungsbericht von BECKER (1984) kann man die Situation von Schwerkranken nach ihren "Empfindungen", "Bedürfnissen" und "Erwartungen" unterscheiden. Mit Empfindungen ist einerseits das Bewusstsein des bevorstehenden Todes, andererseits die Gewissheit gemeint, den Weg des Sterbens letztlich allein gehen zu müssen, wozu auch die Ängste des Patienten gehören, die sich auf alles beziehen, was an Unbekanntem auf ihn zukommen kann (z.B. Schmerzen, Identitätsverlust). Aus diesen Erlebnisweisen entstehen Bedürfnisse, die an den Begleiter des Patienten vielfältige Anforderungen stellen. Dazu gehört vor allem die Erwartung, nicht allein gelassen zu werden.

Sich auf seine Erfahrung als chirurgischer Hausarzt berufend nennt BASCOM (1984) eine Liste von Problemen bei Sterbenden, die er nach physischen, emotionalen und kognitiven Inhalten unterscheidet. Zu den Problemen physischer Beeinträchtigung gehören zunehmende Schwäche und Hilflosigkeit, Verlust von Appetit, Gewicht und Körperumfang, Schmerz und Ruhelosigkeit, Austrocknung, Veränderung des Aussehens mit Verlust von Attraktivität, und Atemnot. Zu den Sorgen dieser Art zählt der Autor auch das Bewusstsein des bevorstehenden Todes, die Frage nach der Todesursache, die Angst vor dem Verhungern und die Angst, psychotisch zu werden. Als emotionale Probleme werden genannt: Angst vor dem jüngsten Gericht, Angst vor Schmerzen, Angst vor sozialer Isolation, Depression, Ärger und Wut, Apathie und Erschöpfung. Kognitive Probleme liegen vor, wenn es um Art und Dauer der Therapie, zu erledigende Geschäfte, Testament, Ort der Pflege, Versöhnung mit Angehörigen oder um letzte religiöse Fragen geht. Neben den genannten Problemen, deren Zuordnung allerdings manche Frage offen lässt, findet sich eine Liste von darauf bezogenen hilfreichen sowie unzureichenden Reaktionen des Personals.

In einer umfangreichen retrospektiven Studie an über 1000 Krebspatienten während ihres bis zum Tod maximal 13 Wochen dauernden Spitalaufenthaltes überprüften MORRIS et al. (1986) anhand von regelmässig stattfindenden Interviews mit den Patienten und ihren Bezugspersonen, wie sich die "Lebensqualität" der Kranken in Abhängigkeit von ihrer Lebensdauer veränderte. Das Konstrukt Lebensqualität wurde mittels acht Beurteilungsskalen eingeschätzt und war bestimmt durch die Faktoren physische und psychische Beeinträchtigung und die Qualität von Kommunikation und Interaktion des Patienten mit seiner Umwelt. Generell zeigte sich, dass sich die Lebensqualität der Patienten zwischen der neunten und der dritten Woche vor ihrem Tod nur unwesentlich veränderte, während in den letzten drei Wochen deutliche, wenn auch nicht dramatische, Verschlechterungen zu beobachten waren. Ausgenommen von dieser Veränderung waren die Bereiche Schmerzen und soziale Interaktion, bei denen auch in dieser Zeit kaum Verschlechterungen zu registrieren waren. Unterteilt man die Stichprobe nach der Höhe der Lebensqualität, so zeigte sich, dass bei Patienten mit generell niedriger Lebensqualität - wiederum mit den genannten Ausnahmen - in den letzten drei Lebenswochen erhebliche Einbussen stattfanden, während sich bei den Patienten mit allgemein hoher Lebensqualität auch kurz vor dem Tod kaum Veränderungen in den einzelnen Skalen bemerkbar machten. Was das Gewicht der einzelnen Variablen des Konstruktes Lebensqualität angeht, so machte den Patienten ihre Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit die grösste Mühe, während die Verarbeitung des bevorstehenden Todes und die Frage der sozialen Isolation die relativ geringsten Probleme waren.

WEST et al. führten 1986 eine retrospektive Befragung der engsten Bezugspersonen (caregivers) von 100 verstorbenen Krebspatienten durch, die einen Grossteil ihrer im Durchschnitt 10 Monate dauernden Sterbezeit zu Hause verbracht hatten. In bezug auf die erfragten Dimensionen Begrenzung im täglichen Leben (z.B. in beruflicher Tätigkeit, Hausarbeit oder Mobilität) und Abhängigkeit (Grad des Angewiesenseins auf andere) zeigten sich zwischen den nach Krebsarten (Lungen-, Darm- und Brust-Carzinom) differenzierten Patienten folgende Unterschiede: Patienten mit Darm-Tumoren waren sehr viel früher in ihren Aktivitäten gehandicapt als Patienten mit Brust-Krebs,

während die Lungen-Patienten am frühesten auf die Hilfe anderer angewiesen waren. Nach Bedeutung geordnet waren die grössten Probleme: Schmerzen (17%), die Situation der Aufklärung über die Krankheit (13%), speziell mit der Art der Erkrankung verbundene Sorgen (11%), psychopathologische Symptome (11%), Abneigung gegen Spitalaufenthalt (10%), Probleme der Behandlung (8%) und Probleme, die mit dem Terminalstadium zusammenhingen (6%).

Ebenfalls in einer retrospektiven Studie verglichen VINEY & WESTBROOK (1986/87) drei in allen Variablen (Geschlecht, Alter, Ausbildung, Familienstand, Krankheitsart und Krankheitsgrad) genau parallelisierten Gruppen zu je 29 Personen sterbende Patienten (Kriterium: Tod innerhalb von vier Monaten), schwerkranke Patienten und Gesunde. Standardisierte Interviews wurden anhand von acht Skalen in bezug auf die Dimensionen emotionale Reaktionen, Angstquellen und soziale Interaktion ausgewertet. Verglichen mit der Gruppe der Schwerkranken zeigten die Sterbenden signifikant höhere Werte bei Depression, indirekt ausgedrücktem Ärger, Angst vor körperlicher Schädigung und Schuldgefühlen, aber auch bei "guten Gefühlen". Signifikant tiefer lagen sie bei der Ungewissheit über ihre Krankheit und direkt ausgedrücktem Ärger. In den Beziehungen zu ihren Kontaktpersonen zeigten sie sich häufiger als Empfänger und seltener als aktive Teilnehmer von Interaktionen.

2.2 Einstellung, Erleben und Verhalten von Bezugspersonen

Wie schon bemerkt, beschäftigt sich ein grosser Teil der Untersuchungen zu dieser Thematik mit der Frage der "Wahrheit am Krankenbett". Dabei wird untersucht, welche prinzipielle Einstellung Ärzte - neuerdings auch Schwestern - dazu haben, ob und wie der todkranke Patient über seine Diagnose aufgeklärt werden soll, mit welchen persönlichen Motivationen eine solche Einstellung verbunden ist, und wie sich der Arzt oder die Schwester in der realen Situation am Krankenbett verhält. Zu diesem letzten Punkt gibt es inzwischen nicht nur Beobachtungen Dritter (vgl. z.B. SAUNDERS 1969; ANSOHN 1975; SENN 1981), sondern auch Einschätzungen von seiten betroffener

Patienten (vgl. SIEGRIST 1977 und 1978; REIMER & KURTHEN 1985). Da das Thema der Aufklärung in der vorliegenden Untersuchung jedoch nur am Rande gestreift wird, werden Arbeiten dazu im folgenden bis auf eine Ausnahme keine Rolle spielen.

Diese Einschränkung gilt auch für das weite Gebiet der Einstellung von medizinischem und pflegerischem Personal zu todbezogenen Themen wie der Beurteilung von Sterberitualen, der Bewertung der religiösen Dimension des Todes oder der Akzeptanz der Sterblichkeit im menschlichen Leben. Ohne Zweifel sind diese Einstellungen für die Beurteilung der bei Sterbenden begegnenden Sorgen durch ihre Bezugspersonen von Bedeutung, und es wäre vermutlich sehr lohnend, sich mit diesem Zusammenhang näher zu beschäftigen. Aus praktischen Gründen muss aber auf einen generellen Überblick verzichtet werden, so dass die Literatur nur an den Stellen herangezogen wird, wo sie einen mehr oder weniger direkten Bezug zu den Problemen sterbender Spitalpatienten im Sinne der vorliegenden Arbeit hat.

In einer frühen Studie an 426 Krankenschwestern verschiedener beruflicher Positionen aus drei unterschiedlich orientierten Spitälern (kirchlich getragenes Haus, Universitätsspital, neutrale Trägerschaft), die in bezug auf verschiedene Variablen parallelisiert waren, konnte FOLTA (1965) anhand eines semantischen Differentials und zweier Gutman-Skalen die Einstellung zum Tod messen. Es zeigte sich, dass die meisten Schwestern den Tod als eine gnädige, friedliche, kontrollierte und folgerichtige Angelegenheit ansahen. Sie bezeichneten ihn als ein stolzes, vorhersehbares und sicher eintreffendes Ereignis, das als normal und allgemein üblich anzusehen ist und das für sie eine Tönung von angenehm, hoffnungsvoll und fair hatte. Auf diese Ansichten hatten Spitalart und berufliche Position keinen Einfluss. Bei der Frage, ob sie dem Tod mehr eine religiöse oder profane Bedeutung geben würden, wurden die meisten Schwestern - wiederum unabhängig von Spitalart und Position - bei einer nicht-religiösen Einstellung gefunden. Nur bei dem (allerdings sehr verschiedene Aspekte vermischenden und sehr simpel konstruierten) Fragenkomplex nach der Angst vor dem Tod fand sich ein Einfluss durch die berufliche Position. Danach hatten alle Schwestern mehr Angst als

keine Angst vor dem Tod, wobei die Oberschwestern (staff nurses) signifikant höhere Werte hatten.

Während einer sich über 12 Monate erstreckenden Zeit als teilnehmender Beobachter von Kommunikation und Interaktion zwischen todkranken kardio- und cerebrovaskulären Patienten und ihrem Pflegepersonal fiel CHANDLER (1965) besonders auf, dass sich beide Seiten sehr feindselig gegenüber standen und sich gegenseitig den Vorwurf machten, sich mehr anstrengen und mehr für den reibungslosen Ablauf auf der Station tun zu können. Der Autor bezeichnet die dadurch entstandene Lage als Situation, in der keiner gewinnen konnte, was immer er tat: Waren die Patienten weniger kooperativ, hatten die Schwestern mehr zu tun, andererseits wenn die Schwestern sich mehr anstrengten, liessen sich die Patienten mehr gehen, und umgekehrt.

In einem Erfahrungsbericht betont GARFIELD (1978), dass Spitalärzte in der Regel die gleichen emotionalen Phasen durchlaufen wie ihre Patienten. Wie sie haben die Mediziner es dabei vor allem mit Wut, Verleugnung und Depression zu tun.

Mittels Wortergänzungsliste und semantischem Differential befragte POTTHOFF (1980) in einer gross angelegten und sorgfältig durchgeführten Studie an über 500 Vpn (Medizinstudenten unterschiedlicher Semesterzahl, Ärzte und pflegerisches Personal) nach den kognitiven und emotionalen Dimensionen ihres Todeskonzeptes und nach der Entwicklung dieses Konzeptes in Abhängigkeit von Ausbildung und Erfahrung. Die Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse: "Mit zunehmendem Patientenkontakt im klinischen Studienabschnitt und mit probeweiser Identifikation mit ärztlicher Tätigkeit und Verantwortung bei den Studenten lässt sich eine deutliche Entwicklung hin zu emotionalen Deutungen des Todes erkennen. Die abstrakten und emotionalen indifferenten Vorstellungen vom Tod als Lebensende treten zurück und Deutungen, die eine emotionale Evaluation einschliessen, nehmen zu" (S. 87 - im Original hervorgehoben). Beim Todeserleben finden die wesentlichen Veränderungen mit der Verstärkung positiver bzw. negativer Wertungen gegenüber indifferenten Anschauungen beim Übergang vom klinischen Studienabschnitt zur praktischen

ärztlichen Tätigkeit statt. - Was die Beurteilung der Belastungen des Sterbenden angeht, finden sich zwischen den befragten Medizinern keine Unterschiede. Hier hatte sich auf die Frage "Das Schlimmste beim Sterben ist..." folgende Rangordnung von Ergänzungen ergeben: Schmerz, Qual, Siechtum (24%); Einsamkeit, kalte Umgebung (19%); Ungewissheit (19%); Angst, Panikgefühle (14%); Endültigkeit (10%); Verlust der Angehörigen und Verlust des Lebens (8%). Von den Belastungen unterscheidet der Autor die Gefühle des Sterbenden, deren Einschätzung mit dem Satz "Ich glaube, beim Sterben fühlen sich die meisten Menschen..." angesprochen wurde. Hier ergab sich folgendes Bild: Angst, Schmerz (29%); Einsamkeit (19%); Erlösung von Schmerzen (16%); Nichts, keine Angst (14%); Verlust des Lebens (11%). Auch an dieser Stelle lassen sich keine Unterschiede zwischen den Studenten und Ärzten erkennen. Allerdings wirkt sich die unterschiedliche vorberufliche Erfahrung bei den Studenten aus: Studenten, die ein Krankenpflegepraktikum gemacht und an Nachtwachen teilgenommen hatten, sahen die Bedeutung der Schmerzen geringer und die der Einsamkeit als grösser an als ihre weniger erfahrenen Studienkollegen. - Obwohl die verwandte Unterscheidung zwischen Belastungen und Gefühlen der Sterbenden fraglich ist, was sich schon an den Doppelnennungen zeigt, liegt hier eine beachtenswerte empirische Auswertung von medizinischen Beurteilungen über die Sorgen sterbender Patienten vor.

In einer recht einfach angelegten Fragebogenuntersuchung an 68 medizinischen und pflegerischen Personen eines Krankenhauses stellte HELLER (1980) folgende - ohne Prozentzahlen angegebene - Rangfolge von "Bedürfnissen" sterbender Patienten aus der Sicht der Befragten fest: Ganz im Vordergrund steht der Wunsch nach Kontakt. Danach folgen die Bedürfnisse nach geistlichem Beistand, Aussprache, Regelung von Angelegenheiten, Geborgenheit, Kontakt mit Familienmitgliedern, Schmerzstillung, Hoffnung, Ruhe, Trost, Aufrichtigkeit, Zärtlichkeit und der Wunsch, nach Hause zu gehen. Bei der Frage, ob sie viel oder wenig Kontakt mit Sterbenden hatten, glaubte der Autor einen Sprung im subjektiven Erleben feststellen zu können: Falls die Bezugspersonen mit mehr als mit sieben Sterbenden in Berührung gekommen waren, hatten sie das Gefühl, viel Kontakt mit solchen Patienten gehabt zu haben.

KIRSCHLING & PIERCE (1982) befragten 97 Krankenschwestern aus verschiedenen Spitälern und medizinischen Abteilungen mittels eines 20-Item-Fragebogens (Likert-Skala) nach ihren wesentlichen Ansichten zur Betreuung sterbender Patienten. Die Antworten spiegelten den starken Willen der Schwestern wider, sowohl den Patienten als auch ihren Angehörigen beizustehen, aber auch die hohe emotionale Belastung, der sie bei ihrer Tätigkeit ausgesetzt waren. Daneben stellte sich heraus, dass sich die Ansichten der Schwestern aus dem Sterbehospiz am häufigsten von denen der Gesamtstichprobe unterschieden, während das Pflegepersonal von Intensivstation und kardiologischer Abteilung mit dem Durchschnitt aller Meinungen übereinstimmte.

Nicht bestätigt wurde die These von der besonders hohen Belastung des mit Sterbenden regelmässig konfrontierten Pflegepersonals in einer Studie von QUENNEVILLE et al. (1981/82), in der 35 Schwestern einer Schwerkrankenabteilung (palliative care unit) eines neu eröffneten Krankenhauses über ein Jahr lang in bezug auf Angst, Depression und verschiedene psychosomatische und andere Symptome befragt wurden. Danach ergab sich mit der Zeit nicht nur keine Zunahme, sondern sogar eine leichte Abnahme der Belastungssymptome. Auch in bezug auf die Absenzzeiten schnitten diese Schwestern verglichen mit anderen des gleichen Spitals leicht besser ab. Bei den Ergebnissen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Schwestern für ihre Abteilung sehr sorgfältig ausgewählt waren und mit dem Bewusstsein arbeiteten, an einem speziellen Projekt beteiligt zu sein.

Um die "Emotionen von Ärzten in interaktionellen Belastungssituationen" zu erfassen, konstruierten SCHILLING et al. (1982) einen Fragebogen, bei dem mit einem semantischen Differential aus 48 Konstrukten 12 typische Situationen zwischen Arzt und sterbendem Patienten nach ihrem emotionalen Gehalt beurteilt werden mussten. Eine Befragung von 53 Klinikärzten ergab via Faktorenanalyse eine Varianzaufklärung von 96% durch die Faktoren Emotionen der Kontrolle (Prognose des Krankheitsverlaufes, technisch-personale Kompetenz des Arztes) (81%) und Emotionen der Empathie (15%).

In einer von GRAHAM & LIVESLEY (1983) durchgeführten Befragung von 19 Ärzten und 72 Schwestern, die mit älteren sterbenden Patienten (Durchschnittsalter:

82 Jahre) zu tun hatten, waren sich alle Befragten einig, dass die meisten ihrer Patienten (58%) die bestmögliche Betreuung bekommen hatten, während bei den übrigen Patienten die Versorgung nicht optimal gewesen sei. Von den Medizinern empfand keiner, wohl aber 17% der Schwestern, den Umgang mit den Kranken als persönlich schwierig.

In einer ausführlichen Literaturübersicht über von Schwestern verfasste empirische Forschungsarbeiten bei BENOLIEL (1983) werden folgende Probleme sterbender Patienten als besonders beachtenswert genannt: ungewisse Zukunft, Isolation und Einsamkeit, Information über Diagnose und Prognose, Beziehung zur Familie, Begrenzung der Zukunftspläne, Selbstwertgefühl, Lebenssinn, Angst, Lebenszufriedenheit, Qual, Schmerzen, Stimmungsschwankungen.

Ein sehr bewegender Bericht über ihre eineinhalbjährige Tätigkeit als Pastorin in einer neurologischen Klinik findet sich bei KRÖGER (1983), ein Artikel, in dem auch Beobachtungen zum Verhalten von Schwestern und Ärzten angesichts sterbender oder gestorbener Patienten wiedergegeben werden: "Wie oft erlebte ich ... Niedergeschlagenheit, Erregung, zitternde Knie, Angst und Mitleiden beim Sterben eines Patienten, Tränen und tiefe Erschütterung. Erfahrene Krankenschwestern können sich den ganzen Tag nicht beruhigen. Eine weinende Schwesternschülerin wird nach Hause geschickt. Ein Arzt kann sich kaum noch konzentrieren und ist tief deprimiert. Immer wieder höre ich von vergeblichen Bemühungen, diese Eindrücke dem Privatleben fernzuhalten" (S. 400). Daneben registrierte die Autorin "die Angst des Arztes vor den etwaigen Vorwürfen der anderen" und "die Angst des diensttuenden Personals, etwas übersehen, nicht rechtzeitig erkannt, etwas falsch gemacht zu haben", besonders wenn der Tod eines Patienten plötzlich eintrat (aaO), aber auch viel Geduld, Zartheit und Betroffenheit in der Pflege. Als eine der grössten Anforderungen sieht KRÖGER die durch das Sterben eines Menschen für den Betreuer zwangsläufig entstehende "Intimität und eindringliche Einsamkeit": "Was Angst macht, ist nicht primär das Versagen der auf Heilung ausgerichteten Krankenhauswelt... Das Problem ist vielmehr, dass ich diesem bestimmten, mir eigentlich total fremden Menschen plötzlich und unerbittlich endgültig der nächste und wichtigste Mensch bin" (S. 401).

CAMPBELL et al. (1983/84) befragten 31 Schwestern und 25 junge Ärzte (third year residents) auf ihre Einstellung zum Tod. Es zeigte sich, dass die Schwestern dem Tod einen signifikant höheren Grad an positivem Wert beimassen (z.B. Tod als Ruhe, Sieg, Frieden), während der Tod für die Ärzte eine in hohem Masse negative Angelegenheit war (z.B. Verlassenheit, Kälte, Nichts). Daneben ging aus den Antworten hervor, dass die Ärzte sich selbst als den, der verantwortlich ist, einstuften, während die Schwestern ihre Rolle als die sahen, die sich um die Sterbenden Sorgen machten.

Ebenfalls um den Unterschied zwischen verschiedenen Bezugspersonen Sterbender ging es in der Untersuchung von HATFIELD et al. (1983/84). Die Autoren befragten 1080 Vpn aus acht verschiedenen Spitalberufsgruppen, unter ihnen Schwestern, Spitalpfarrer und Ärzte, mit einem von ihnen entworfenen 25-Item-Fragebogen, der sich u.a. mit den Themenkomplexen Bedürfnisse des Patienten (hauptsächlich auf die Frage der "Wahrheit am Krankenbett" bezogen), sich daraus für das Personal ergebende Aufgaben und Setting der Betreuung sterbender Patienten beschäftigte. Wie die - mit der vorliegenden Arbeit in vieler Hinsicht vergleichbare - Studie zeigte, gab es in jeder der genannten Dimensionen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen; in den meisten der Statements herrschte jedoch Einigkeit. Die Verfasser kamen zu dem Ergebnis, dass Differenzen, wo sie vorhanden sind, mit dem Ausmass des beruflichen Betroffenseins zusammenhängen. - Ein interessantes Detail ist die Rücklaufquote des ursprünglich an 2400 Beschäftige eines grossen Spitals verschickten Fragebogens. Danach beteiligten sich u.a. 41% der Ärzte, 50% der Schwestern, 67% der sozialen Dienste einschliesslich der Pfarrer und 81% der medizinisch-technischen Angestellten an der Untersuchung.

Um die Auswirkung der Tätigkeit von Krankenschwestern verschiedener medizinischer Abteilungen auf ihre Angst und ihren Umgang mit sterbenden Patienten zu untersuchen, befragte THOMPSON (1985/86) 52 Schwestern aus einer Schwerkranken-Station, einer chirurgischen und einer pädiatrischen Abteilung. Es zeigte sich, dass die am meisten mit Sterbenden in Kontakt stehenden Schwestern (Schwerkranken-Station) signifikant weniger "Leben um jeden Preis" erhalten wollten, weniger frustriert in der Arbeit mit Todkranken

waren, leichter ihre Gefühle einem Patienten zeigen konnten, ihre Arbeit mit diesen Kranken als natürlicher empfanden und dabei weniger verlegen waren als ihre Kolleginnen. Andererseits zeigten sie signifikant höhere Werte bei der Todesangst. Durch eine partielle Regressionsanalyse ergab sich, dass sich nur die Unterschiede in bezug auf Todesangst und lebensverlängernde Massnahmen auf die Dauer der Berufserfahrung zurückführen liessen, alle anderen Varianzquellen aber keine entscheidende Rolle spielten, d.h. die genannten Unterschiede tatsächlich im wesentlichen auf die unterschiedlichen medizinischen Abteilungen bzw. Kontakthäufigkeiten mit Sterbenden zurückgingen. Ausserdem zeigten alle Schwestern eine positive Einstellung zur Arbeit mit Todkranken, woraus der Verfasser die Vermutung abteitet, dass die in früheren Arbeiten gefundene Frustration von Schwestern, die mit Sterbenden zu tun haben, der Vergangenheit angehört.

Wie aus den referierten Untersuchungen indirekt hervorgeht, liegen nur sehr wenige empirische Untersuchungen über das Erleben und Verhalten von Spitalpfarrern in der Interaktion mit Sterbenden vor, die mir zudem nicht alle zugänglich waren.[1] Abgesehen von der referierten Arbeit von ENGELKE (s.o. S. 37f.) sind die meisten theologischen Arbeiten zur Seelsorge an Sterbenden weniger empirisch-faktisch als hermeneutisch-nomothetisch orientiert (z.B. JÜNGEL 1971; LEUENBERGER 1973; vgl. auch VAN DER GEEST 1981). Denkbar ist auch, dass sich Publikationen dieser Art in theologischen Fachzeitschriften finden, die nicht speziell überprüft wurden. In jedem Fall dürfte es sich nur um eine geringe Anzahl von Arbeiten handeln.

---

1) Hierzu gehört vor allem: Buxbaum, R.E.: A study of the emotional needs of the dying and responses of physicians, nurses and protestant clergymen evaluated in the light of the interprofessional image of these professional groups. Unpublished Master's Thesis. Washington/D.C.: Wesley Theological Seminary, 1966.

2.3 Vergleich zwischen den Ansichten von Patienten und Bezugspersonen

Auch die Zahl der Arbeiten, die sich sowohl damit beschäftigen, wie sterbende Patienten sich und ihre Umwelt erleben, als auch damit, wie Bezugspersonen die Todkranken und die Interaktion mit ihnen sehen, ist bisher sehr gering.[1] Der hauptsächliche Grund für die weitgehende Zurückhaltung dieser Thematik gegenüber liegt vermutlich in dem grösseren Forschungsaufwand, der nötig ist, um beide Seiten des Interaktionsprozesses zu erfassen. Daneben dürfte eine Rolle spielen, dass das In-Beziehung-Setzen der verschiedenen Ansichten nicht unkompliziert ist. Geht es doch nicht einfach um einen Vergleich zwischen Selbstbild und Fremdbild (etwa: Wie sehen sich die Patienten selbst? Und: Wie sehen die betreuenden Schwestern die Patienten?). Vielmehr werden Selbstbild und attribuiertes Selbstbild miteinander verglichen: Wie sehen die Patienten sich selbst? Und: Wie sehen sich die Patienten nach Meinung der Schwestern? Im Zusammenhang von richtiger oder falscher bzw. verzerrter Wahrnehmung wird in der englischsprachigen Literatur von "perception" und "misperception" bzw. "misconception" gesprochen.

Eine Art von Vorläufer zu Fragestellungen dieser Art bildet die erstmals 1970 erschienene Arbeit von WEISMAN (1978), in der vor Fehlannahmen in bezug auf sterbende Patienten gewarnt wird. Zu diesen Vorurteilen zählt der Autor die Meinung, der Sterbeprozess sei immer mit grosser Angst verbunden und bedeute für jeden Menschen etwas Schreckliches. Diese Ansicht entsteht nach Meinung WEISMANS dadurch, dass der gesunde Mensch, also auch der Betreuer von todkranken Patienten, in der gedanklichen Vorwegnahme den Tod immer als

---

1) Ausser den im folgenden referierten Untersuchungen liegen zu dieser Thematik, soweit mir bekannt, noch folgende Arbeiten vor, deren Lektüre aber nicht möglich war:
Wright, B.A.: Physical disability - A psychological approach. New York: Harper & Row, 1960
Quint, J.: Institutionalized practices of information control. Psychiatry, 1965, 28, 119-132
Mason, L. & Muhlenkamp, A.: Patients' self-reported affective states following loss and caregivers' expectations of patients' affective states. Rehabil Psychol, 1976, 23, 72-76

vorzeitig, unnatürlich, ungerecht und noch aufzuhalten ansieht. Infolge fehlender Ausbildung und Sensibilisierung für die Probleme Sterbender werden diese Vorurteile - mit den entsprechenden Konsequenzen in der Arbeit - auch von den Ärzten geteilt. Eine Behandlung Todkranker, die auf derartigen Fehlannahmen basiert, kann nur zu Verleugnung, Täuschung und Heuchelei führen.

In einer der vorliegenden Arbeit ähnlichen Studie verglichen JENNINGS & MUHLENKAMP (1981) die Ansichten von 28 über ihre unheilbare Krankheit informierten Krebs- und Leukämiepatienten und 28 Spitalpersonen, die in engem Kontakt mit den Patienten standen. Anhand einer Adjektivliste und eines Teils des Wechsler-Bellevue-Intelligenztests wurden die Patienten nach ihrem aktuellen Befinden gefragt, wobei es um die Höhe ihrer Angst, Wut und Depression und das Ausmass ihrer Verleugnung ging. Unmittelbar nach dieser Selbsteinschätzung mussten die zuständigen Bezugspersonen die gleichen Fragen in bezug auf die von ihnen Betreuten beantworten. Es stellte sich heraus, dass die Betreuer die Situation der Patienten in den Dimensionen Angst, Wut und Depression höher einschätzten als die Patienten. Die Überprüfung des Einflusses der Verleugnung ergab keinen nennenswerten Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung der Patienten, so dass Verleugnung als intervenierende Variable ausgeschieden werden konnte. Je länger die Bezugspersonen auf ihrer Abteilung tätig waren, umso mehr nahmen sie an, dass die Patienten unter Depression leiden würden. Ausserdem wurde die Belastung durch Angst, Wut und Depression bei älteren Patienten als geringer eingestuft als bei jüngeren. Auch diese Beurteilung deckte sich nicht mit den Selbstaussagen der Patienten.

Die Verfasser sehen in diesen Ergebnissen die Bestätigung einer früheren Studie an chirurgischen Patienten, die sich gravierenden Operationen unterzogen (MASON & MUHLENKAMP 1976 - s.o. Anm. 1 auf der vorigen Seite). Danach unterliegen Betreuer von Schwerkranken der Tendenz, die psychischen Probleme der Patienten zu überschätzen, weil die Existenz des Unterschiedes zwischen dem Zustand der Patienten und dem eigenen Zustand als Gesunde für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes notwendig ist. Diese Hypothese geht auf die Theorie von WRIGHT (1960 - s. Anm. 1 auf der vorigen Seite) zurück, der die unterschiedlichen Wahrnehmungen von behinderten Menschen und ihren

Bezugspersonen damit erklärt, dass die Bezugspersonen nur dann an der Gültigkeit bisheriger Werte festhalten können, wenn sie die behinderten Personen als bedauernswert einstufen. Die Konsequenz derartiger Fehleinschätzung in der Betreuung Sterbender kann nach Meinung von JENNINGS & MUHLENKAMP zu Gefühlen von Isolation und Identitätsverlust bei den Patienten führen. Ausserdem besteht die Gefahr eines Rollentausches, weil sich der Patient gezwungen fühlt, seine Betreuer zu beruhigen, dass es so schlimm nicht um ihn stehen würde, was zu verworrener Kommunikation führen muss. (Dieses letztere Phänomen ist auch aus der Interaktion zwischen Angehörigen und Todkranken bekannt, wenn Patienten sich von einer bereits einmal praktizierten offenen Kommunikation über ihre Krankheit wieder zurückziehen, weil sie spüren, dass ihre Angehörigen, auf deren Zuneigung sie angewiesen sind, damit Mühe haben.)

Im Mittelpunkt einer Befragung, die REIMER & KURTHEN (1985) an 62 Internisten (Assistenz-, Ober- und Chefärzten) zweier Krankenhäuser und 57 aufgeklärten Krebspatienten aus drei Spitälern durchführten, stand die Thematik der Interaktion zwischen Arzt und Patient im Zusammenhang mit der Aufklärungssituation. Nach Ansicht der Mediziner ging es bei diesen Gesprächen in erster Linie um Informationen zur Krankheitssituation und vor allem zur Therapie, während Fragen zum sozialen Umfeld des Patienten und zu seinem psychischen Befinden eine geringere Rolle spielten. Auf letzteres Thema gingen die Ärzte besonders dann ein, wenn es sich um depressive oder sehr ängstliche Patienten handelte. Emotional fühlten sich die Ärzte durch die Behandlung von Krebskranken besonders beansprucht. Was ihr Verhalten anging, zeichneten sie ein sehr positives Bild von sich (geduldig, zugewandt, offen, engagiert). Von dieser Einschätzung wich die Meinung der Patienten an einigen Stellen deutlich ab. Ein Drittel von ihnen vermisste psychologische Unterstützung bei der Verarbeitung der bitteren Wahrheit über ihre Erkrankung. Die Zahl der Patienten, die bei den Ärzten fehlende oder unzureichende Zeit für Gespräche bemängelten, überwog die Zahl derer, die mit der zur Verfügung gestellten Zeit zufrieden waren. Gesprächsbereitschaft wie Offenheit im Gespräch wurden mehrheitlich als zu gering beurteilt, dagegen wurde das affektive Klima meist als positiv erlebt. Gut ein Drittel der Patienten übte Kritik am ersten Aufklärungsgespräch, in dem sie sich mehr Information und mehr Einfühlung gewünscht

hätten. Des weiteren ergab sich, dass sich fast alle Patienten mit dem Gedanken an einen tödlichen Ausgang ihrer Krankheit beschäftigten, die Hälfte schon einmal an Suizid gedacht hatte, aber nur sehr wenige Angst vor dem Tod verspürten. - Die Verfasser kommen zu dem Schluss, dass sich das Bild von Arzt und Patient über ihre Beziehung in wesentlichen Aspekten nicht deckt. Die Mediziner hätten ein zu positives Bild von sich und ihrer Beziehung zu den Kranken, was mit dem Berufsbild des omnipotenten Helfers zusammenhängen würde.

2.4 Synopse der Probleme von Patienten

In der folgenden Synopse sollen stichwortartig alle wesentlichen Punkte zusammengestellt werden, die in den wichtigsten der referierten Arbeiten als Probleme oder Sorgen sterbender Patienten im weitesten Sinn bezeichnet werden können.[1] Dabei zeigt sich deutlich, dass kein einheitliches Gliederungsprinzip für die Betrachtung des Sterbeprozesses vorhanden ist, selbst wenn man den Blickwinkel auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit einschränkt. Vielmehr unterscheiden sich die angeführten Problemlisten u.a. in folgenden Punkten:

- Art des Kategoriensystems (z.B. Phasen vs. Ängste)
- Umfang der Betrachtungsweise (ein- vs. mehrdimensional)
- Art der Betrachtung (situativ vs. verlaufsmässig)
- Differenzierungsgrad der genannten Probleme
- Sorgfalt der verwandten Begrifflichkeit
- Schwerpunktbildung bei der Betrachtungsweise (z.B. emotionale Dimension)
- Art der Repräsentanz der Probleme (gegenwärtig vs. antizipatorisch)

---

1) Bei einigen Autoren finden sich neben Punkten, die vom Patienten als Belastung empfunden werden, auch solche, die für ihn eine Entlastung bedeuten. Obwohl nicht Gegenstand der Untersuchung, werden sie mitaufgeführt.

CAPPON (1959)	HINTON (1963)	DIGGORY & ROTHMAN (1965)
"Psychodynamic descriptions"	"Physical and mental distress"	"Consequences of one's own death"
	Physische Beeinträchtigungen	
Emotionaler Zustand	- Schmerzen	Unmöglichkeit, neue Erfahrungen zu sammeln
	- Atemnot	
	- Übelkeit	Ungewissheit über Leben nach Tod
Ich-Abwehr	- Husten	
	- Unwohlsein	Angst davor, was mit Körper nach Tod geschieht
	Psychische Beeinträchtigungen	Unmöglichkeit, für Angehörige zu sorgen
Sterbe-Motivation		
	- Depression	Tod als Ursache für Kummer bei Angehörigen
	- Angst	
Ahnung/Bewusstheit	- Bewusstseinstrübung	Beendigung aller Zukunftspläne
	Todesbewusstheit/ Auseinandersetzung mit Tod und Sterben	Schmerzen
Kommunikation		

KÜBLER-ROSS (1971)	LIPOWSKI (1970)	KALISH (1980)
"Phasen"	"Coping process"	"Tasks"
	Coping-Stil	
Nicht-wahr-haben-Wollen	- Kognitiv	Ordnen von wichtigen Dingen (u.a. Finanzen)
	- Beschwichtigung	Vorbereitung auf Verlust von Angehörigen
	- Ständige Aufmerksamkeit	Vorbereitung auf Verlust des eigenen Lebens
Zorn/Aggression	- Verhaltensmässig	Vorbereitung von medizinischer und pflegerischer Versorgung
	- Kampf	Innerliche Vorbereitung auf Schmerzen und Hilflosigkeit
	- Kapitulation	Verarbeitung des bevorstehenden Verlustes von physischer und psychischer Integrität, Selbstwertgefühl und Identität
	- Vermeidung	Auseinandersetzung mit Bedeutung des Todes (Leben nach Tod)
Verhandeln		Aufrechterhaltung der Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen
	Coping-Strategie	Auseinandersetzung mit aktiver/passiver Euthanasie
	Betrachtung der Krankheit als	
Depression	- Herausforderung	
- Antizipatorisch	- Feindschaft	
- Reaktiv	- Bestrafung	
	- Schwäche	
	- Erlösung	
	- Erreichen bestimmter Ziele	
Annahme	- Unwiderruflicher Verlust	
	- Innerer Wert	

PATTISON (1977)	REST (1977)	CASTLES & KEITH (1979)
	"Dimensionen"	"Patient concerns"
Akute Krise		Physische Belastungen
- Stressreichste Lebenskrise	Verlust dinglicher Identität	- Kopfschmerzen
- Mobilisation unbekannter Ressourcen		- Magenschmerzen
- Bedrohung sämtlicher Lebensziele		- Übelkeit
- Anwachsen von Spannung bis zu Maximum	Verlust personaler Identität	- Erbrechen
- Aktivierung ungelöster Probleme		- Schmerzen
		Psychische Belastungen
		- Angst vor Schmerzen
		- Ungewissheit
Chronische Sterbezeit (Ängste)	Verlust stationärer Identität	Soziale Belastungen
Angst vor:		
- Unbekanntem		- Verlust des Arbeitsplatzes
- Einsamkeit/Isolierung		
- Kummer	Verlust sozialer Identität	- Isolation wegen vermeintlicher Ansteckungsgefahr
- Verlust von Familie und Freunden		
- Verlust körperlicher Integrität		
- Verlust von Selbstkontrolle bzw. psychischer Integrität		
- Leiden und Schmerzen		
- Verlust von Identität		
- Regression		
Terminalstadium (Todesarten)		
- Sozialer Tod		
- Psychischer Tod		
- Biologischer Tod		
- Physiologischer Tod		

GAUS & KÖHLE (1979)	GROF & HALIFAX (1980)	HELLER (1980)
"Faktoren, welche die Anpassungsprozesse bestimmen"	"Emotionale Zustände"	"Seelische Bedürfnisse"
Merkmale körperlicher Erkrankung	Emotionale Symptome	
- Schwere der Krankheit	- Depression	Kontakt
- Betroffene Organsysteme	- Suizidneigung	
- Zeitliche Dauer der Krankheit	- Spannung	Geistlicher Beistand
	- Angst	
Persönlichkeitsmerkmale	- Psychische Abkapselung	Aussprache
- Soziographische Variablen (z.B. Alter, Geschlecht)	- Schlaflosigkeit	Regelung von Angelegenheiten
- Persönlichkeitsstruktur	Physische Probleme	
Aktuelle Situation	- Schmerzen	Geborgenheit
- Familiäre Beziehungen	- Leiden	
- Reaktion der wichtigsten Bezugspersonen	Todbezogene Fragen	Familienmitglieder
- Unterstützung innerhalb des sozialen Umfeldes	- Furcht vor Tod	Schmerzstillung
- Wirtschaftliche Situation	- Einstellung zum Sterben	Hoffnung
- Gesellschaftliche Bewertung der Krankheit	Zeitorientierung und grundlegende Wertordnung	Ruhe
- Charakteristika des Krankenhauses		
	Schwierigkeiten im Umgang mit Patient	Trost
Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse		Aufrichtigkeit
- Frustration von Trieben und Triebbedürfnissen		Zärtlichkeit
- Verletzung im Sinne von Schmerzen und Verstümmelung		Nach Hause gehen
- Drohender eingetretener oder imaginierter Objektverlust		

ENGELKE (1980)[1]	POTTHOFF (1980)	SCHMELING et al. (1982)
"Erwartungen und psychosoziale Situation"	"Bedeutung des Todes"	"Intrapsychische Verarbeitung"
Hier-und-jetzt-Bedürfnisse - Krankheit im Mittelpunkt des akuten Erlebens - Sorgen um Angehörige - Sorgen um finanzielle Situation - Sorgen um religiöse Zukunft Grundkonflikte - Konflikt mit sich selbst - Konflikt mit Umwelt - Konflikt mit Religion Emotionales und religiöses Gleichgewicht - Nur Angst - Nur Hoffnung - Angst und Hoffnung - ... Ernstgenommen- und Verstanden-Werden Begleitung, Rat, Zeugnis Persönlichkeitsspezifische Verhaltensweisen - Warum-Frage - ... Bewusstheit - Offenes Gespräch über Sterben - Sprache in Symbolen - Explizite Leugnung - Keinerlei Erwähnung der Bedrohung Bewältigungsformen	Belastungen - Schmerz, Qual, Siechtum - Einsamkeit, kalte Umgebung - Angst, Panikgefühle - Ungewissheit - Endgültigkeit - Verlust der Angehörigen und des eigenen Lebens Gefühle - Angst, Schmerz - Einsamkeit - Erlösung von Schmerzen - Nichts, keine Angst - Verlust des Lebens Sinnfrage und allgemeine Deutungsmuster Sinnfrage und religiöse Deutungsmuster - Krankheit als Strafe - ... Beten und religiöse Handlung	Erste Reaktion - Schock - Unglauben - Betäubtheit Phase emotionaler Bewegtheit - Angst - Depression - Ärger - Feindseligkeit - Vorwürfe - Schuldgefühle Darüber hinausgehende Zeit - Verleugnung - Regression - Egozentrik - Isolierung vom Affekt

1) Bei diesem vor allem auf religiöse Einstellungen und Verhaltensweisen ausgerichteten Schema werden nur die mit dem Thema der Arbeit vergleichbaren Punkte aufgeführt.

BASCOM (1984)	MORRIS et al. (1986)	VINEY & WESTBROOK (1986/87)
"Problems"	"Life quality"	

Physische Themen
- Fortschreitende Schwäche und Hilflosigkeit
- Verlust von Appetit, Gewicht, körperlichem Umfang
- Schmerzen und Unruhe
- Austrocknung
- Verändertes Aussehen und Verlust von Attraktivität
- Atemnot, Atemwegsverstopfungen
- Auseinandersetzung mit bevorstehendem Tod
- Frage nach Todesursache
- Psychopathologische Symptome bei Verhungern und organischen Psychosen
	Physische Belastungen
	- Hilfsbedürftigkeit
	- Schmerzen
	- Lebensqualität in bezug auf
	  - Aktivität
	  - Tägliches Leben
	  - Befinden
	  - Unterstützung
	  - Aussichten
	  - Mobilität
		Elemente von Reaktionen
		- Ungewissheit
		- Angst
		- Depression
		- Ärger (direkt)
		- Ärger (indirekt)
		- Hilflosigkeit
		- Kompetenzgefühl
		- Gefühl von Kommunikationsfähigkeit

Emotionale Themen - Angst vor jüngstem Gericht - Angst vor Schmerzen - Angst vor Einsamkeit und sozialer Isolierung - Depression - Ärger und Wut - Apathie und Erschöpfung	Psychische Belastungen - Wohlbefinden, Zufriedenheit - Bewusstheit - Emotionale Lebensqualität - Allgemeine Lebensqualität	Angstquellen - Tod - Körperliche Schädigung - Einsamkeit - Schuld - Scham - Diffuse Ursachen
Kognitive Themen - Art und Dauer der Therapie - Probleme von Beruf und Arbeit - Versorgung der Familie - Testament - Ort der Pflege - Versöhnung mit Angehörigen - Religiöse Fragen	Kommunikation/ Interaktion - Soziale Lebensqualität	Art der sozialen Interaktion - Patient als Empfänger - Patient als Initiator - Patient als Teilnehmer

3. METHODIK DER ERFORSCHUNG DER PROBLEME VON PATIENTEN

Fragt man noch einmal gesondert nach der in den referierten Untersuchungen verwandten Methodik, zeigt sich, dass die Frage nach den Problemen von todkranken Patienten fast immer auf indirektem Weg angegangen wird. Eine häufig anzutreffende Verfahrensweise ist die Beurteilung des Erlebens und Verhaltens Sterbender durch Betreuer. Als typisches Beispiel kann die Einstufung der Depression von Patienten durch Schwestern oder die nachträgliche Befragung von Angehörigen über das Verhalten ihrer inzwischen verstorbenen Familienmitglieder gelten. Hierzu könnte man auch die - allerdings bisher seltenen - beschreibenden und interpretierenden Berichte von Psychotherapeuten zählen, die sich über einen längeren Zeitraum mit ihren tödlich erkrankten Klienten beschäftigt haben (z.B. NORTON 1968; EISSLER 1978; WHEELWRIGHT 1981), und die Erfahrungsberichte von Spitalärzten und Forschern, die sich längere Zeit auf entsprechenden Spitalabteilungen aufgehalten haben (z.B. KALISH 1980; GLASER & STRAUSS 1974).

Eine andere Art, relevante Informationen über Sterbende zu bekommen, ist die Auswertung von Interviews mit Schwerkranken (Tonband- oder Gedächtnisprotokolle) in bezug auf bestimmte, für wichtig gehaltene Variablen, z.B. Angstniveau oder Grad der Akzeptanz der Erkrankung (z.B. CAPPON 1959; ENGELKE 1980).

Ein weiterer Weg, die Situation todkranker Patienten zu erfassen, ist die Einstufung ihres Zustandes aufgrund vorliegender objektiver Daten, etwa der Beeinträchtigung durch Schmerzen anhand Art und Dosis der verwandten Medikamente (z.B. GROF & HALIFAX 1980).

Nur ganz wenige Untersuchungen geben testmässig bestimmte Stimuli vor und schliessen aus der Reaktion des Patienten auf seine Probleme (z.B. ALEXANDER & ALDERSTEIN 1961; VETTER 1982; DUDLEY et al. 1969). Hier wurden bisher hauptsächlich Wortassoziationen, Farbwahlen oder der Umgang mit bestimmten Themen in Gruppendiskussionen verwandt, wobei es sich meist um schwerkranke, aber nicht sterbende Patienten handelte.

Ebenfalls sehr wenige Studien verwenden gegenüber Patienten das Instrument des Fragebogens (z.B. HEIM 1975). Dabei ging es, soweit mir bekannt ist, bisher immer um die Erschliessung von Persönlichkeitsmerkmalen, die in Beziehung zu bestimmten Krankheitsarten gesetzt wurden.

Das am häufigsten angewandte Prozedere erfasst zunächst eine grössere Gruppe von im Spital befindlichen Patienten, die nach Ablauf einer bestimmten Zeit, d.h. retrospektiv, in Sterbende (z.B. Patienten, die drei Monate nach Abschluss der Untersuchung nicht mehr lebten) und Nicht-Sterbende eingeteilt und deren Erleben und Verhalten auf Unterschiede hin betrachtet wird (z.B. HINTON 1963). Eine andere Art des Vorgehens erhebt Daten gleichzeitig an Patienten, die als moribund gelten, und solchen, die schwerkrank sind, aber nicht als Sterbende angesehen werden (Kontrollgruppe) (z.B. LIEBERMAN 1965).

III. DIE UNTERSUCHUNG: DIE SORGEN STERBENDER PATIENTEN

A. Die Konzeption der Untersuchung

1. ZIELE

Die im vorigen Kapitel skizzierte Übersicht über die hauptsächlichen bisherigen Fragestellungen, Untersuchungsmethoden und Ergebnisse im Forschungsbereich 'sterbende Patienten' hat gezeigt, dass es z.Zt. nur wenige Studien gibt, in denen Patienten unmittelbar daraufhin untersucht wurden, was ihnen in Zusammenhang mit ihrer schweren Erkrankung zu schaffen macht. Hier spielen verständlicherweise ethische Gründe eine grosse Rolle, die es nicht zulassen, viele ansonsten in der Psychologie erprobte Methoden auch auf diesem Gebiet anzuwenden. In wissenschaftlichen Untersuchungen werden ja im allgemeinen Einstellungen und Ansichten von interessierenden Gruppen durch Befragungen eruiert, die sich mehr oder weniger direkt mit dem zu erfassenden Erleben und Verhalten beschäftigen. (Dass solche Methoden auch Nachteile haben können und von daher durch mehr indirekte Verfahren ergänzt werden müssen, sei dahingestellt.) Es war mir deshalb ein Anliegen, den Versuch zu unternehmen, bei Todkranken - trotz der Notwendigkeit zu besonders behutsamem Vorgehen - ein direkteres Verfahren anzuwenden, um von den Patienten selbst, d.h. ohne Umweg über ihre Ansichten zu anderen Themen oder über Beobachtungen von Dritten, ihre Sorgen in Erfahrung zu bringen und so die Wirklichkeit ihres Erlebens und Verhaltens besser zu erfassen. Ein derartiges Prozedere schien mir dadurch möglich, dass ich mir mit meinen beiden Berufen als Pfarrer und Psychologe einen anderen Zugang zu Schwerkranken versprechen konnte, als wenn ich ihnen nur als Pfarrer oder nur als Psychologe gegenübertreten würde. (Näheres dazu auf S. 174)

Eine zweite konzeptionelle Überlegung: So wichtig es ist, über die Sorgen sterbender Patienten genaue und sichere Erkenntnisse zu gewinnen, so nutzlos wären solche Informationen, wenn sie nicht in Beziehung zu den Personen gesetzt würden, die mit den Patienten Tag für Tag zu tun haben. Wie Todkranke ihre letzte Wegstrecke erleben, macht sich nicht zuletzt in der Interaktion

mit ihrer Umwelt bemerkbar; welche Probleme sie haben und wie sie damit umgehen, zeigt sich besonders in der Kommunikation mit ihren Bezugspersonen. Deshalb schien es mir nötig, die Interaktions- und Kommunikationspartner der sterbenden Patienten in die Untersuchung miteinzubeziehen. Wie die Literaturübersicht gezeigt hat, kann man dies auf vielfältige Weise tun. Es ist das Konzept dieser Arbeit, es auf die gleiche Weise wie bei den Patienten zu tun: Den Betreuern werden die gleichen Fragen wie den Sterbenden gestellt, mit dem Unterschied, dass sie die Fragen aus der Sicht der Patienten zu beantworten haben.

Das Ziel der Untersuchung ist somit folgendes:

- Von den sterbenden Patienten soll möglichst direkt in Erfahrung gebracht werden, was ihnen in Zusammenhang mit ihrem Krankheits- und Sterbeprozess die meisten Sorgen macht (Selbstbild).
- Wichtige Bezugspersonen todkranker Patienten im Spital sollen daraufhin befragt werden, was nach ihrer Ansicht diesen Patienten am meisten zu schaffen macht (Fremdbild bzw. attribuiertes Selbstbild). Als wichtige Interaktionspartner werden in dieser Untersuchung Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer angesehen. (Näheres zu dieser Auswahl war auf S. 21f. zu finden.)

2. INHALTE UND DEFINITIONEN

2.1 Sterbender Patient und Sterbeprozess

Die vorliegende Arbeit bedarf wie jede wissenschaftliche Beschäftigung der Abgrenzung ihres Themengebietes. Diese Bedingung ist in der Thanatopsychologie allerdings schwerer zu erfüllen als auf anderen Gebieten. Es fragt sich, welcher Mensch als Sterbender zu bezeichnen ist. Von wann ab muss man

bei einem kranken Menschen von Sterbeprozess sprechen? Sind es nur die letzten Stunden eines Todkranken, bemisst sich die Sterbezeit nach Wochen, oder erstreckt sich der Prozess über Monate oder gar Jahre? Gehört z.B. die erste Ahnung einer schwerwiegenden Erkrankung bereits mit zur Sterbezeit? Wie auch immer, es dürfte keine Definition geben, die nicht manches für sich hat, und keine, die ohne Willkür ist. In unserer Untersuchung sind jedoch gewisse Grenzen von vornherein gegeben: Es geht in jedem Fall um Menschen, die einen gewissen Krankheitsprozess durchlaufen. Damit sind Personen, die z.B. in einem Verkehrsunfall sterben oder einen unerwarteten tödlichen Herzinfarkt erleiden, ausgeschlossen. Und es geht um Menschen, die mindestens einen Teil ihrer Erkrankungszeit im Spital verbringen. Das heisst, die Untersuchung beschäftigt sich nicht mit z.B. Chronisch-Kranken, die bis zu ihrem Tod zu Hause oder in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht sind. Ein weiteres Kriterium für die Berücksichtigung ist das Alter: Thema der Studie sind erwachsene Patienten. Das bedeutet, dass das Sterben von Kindern nicht behandelt wird. Ein letztes Unterscheidungsmerkmal besteht darin, dass es sich um solche Patienten handelt, die über ihre tödliche Erkrankung aufgeklärt worden sind.

Demgemäss soll in dieser Arbeit folgende Definition von sterbendem Patienten bzw. Sterbeprozess gelten: Ein sterbender Patient ist ein erwachsener Mensch, der sich infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls zur Behandlung (d.h. nicht nur zwecks Diagnosestellung) im Spital befindet, dessen Krankheitsverlauf nach medizinischer Diagnose einen irreversiblen Verlauf angenommen hat, dessen Leben daraufhin bei seiner Spitalumwelt als mit grosser Wahrscheinlichkeit absehbar begrenzt gilt, und der sich aufgrund von Informationen verschieden möglicher Art dieser Tatsache bewusst ist oder sein könnte. Als "absehbar begrenzte" Lebenszeit soll ein Zeitraum von maximal einem Jahr gelten. Als Beginn der Sterbezeit wird jener Zeitpunkt angesehen, von dem an dem dem Betreffenden klar wird bzw. aufgrund von in den Augen seiner Umwelt unübersehbaren und eindeutigen Informationen klar geworden sein müsste, dass sein Leben dem Ende entgegengeht.

Diese Definition ist weder besonders originell noch einprägsam. Sie ist aber wegen der Komplexität der Materie notwendig, wobei sich herausstellen wird,

dass selbst eine so detailierte Definition noch unzureichend genug ist. Das mit ihr keinerlei Werturteil über die ausgegrenzten Patienten und die Notwendigkeit, sich mit ihnen zu beschäftigen, ausgesprochen ist, ist selbstverständlich. - Die Einengung der Fragestellung auf den grundsätzlich informierten Patienten hat sowohl einen theoretischen wie praktischen Grund. Der theoretische: Mit Patienten, die ihren Zustand kennen, kann in viel offenerer Weise über ihre Probleme gesprochen werden als mit nicht-informierten Patienten. (Dass diese Unterscheidung in der Praxis keineswegs immer klar ist, wird sich später noch deutlich zeigen.) Der praktische Grund: Das Krankenhaus, das sich nach längerer Suche als für die Studie geeignet fand (s.u. S. 173), geht nach dem Grundsatz vor, einen Todkranken, wenn immer möglich, aufzuklären. Folglich musste, um der Vergleichbarkeit der Aussagen willen, auch in der davon unabhängigen Befragung von Spitalpersonen von dieser Voraussetzung ausgegangen werden.

2.2 Sorgen / Probleme

Der Begriff "Problem" ist ebensowenig wie das Wort "Sorge" als psychologischer Fachterminus bekannt. Beide Begriffe stammen vielmehr aus der Alltagssprache. Auch in der deutschsprachigen thanatopsychologischen Literatur tauchen sie kaum auf, während in angloamerikanischen Arbeiten des öfteren von Sorgen (sorrow, grief) die Rede ist. In der Regel wird das, was in dieser Arbeit mit Sorge bzw. Problem gemeint ist, als "Angst" oder "Todesangst" (death anxiety, death fear) bezeichnet. Im Laufe der letzten Jahre sind dazu eine Reihe von Skalen entwickelt worden[1)], die das Konzept der Angst vor dem Tod immer weiter zu differenzieren versuchen, wobei diese Skalen sich im allgemeinen auf nichtsterbende Menschen beziehen. In ihnen wird also die Einstellung von Gesunden oder nicht lebensgefährlich Erkrankten zu Tod und Sterben, z.B. zur Frage der

---

1) Zum Beispiel Death anxiety scale, Death personification exercise, Death threat index, Death concern scale, Fear of death scale, Death acceptance scale, Fear of death survey, Avoidance of ontological confrontation scale, Avoidance of existential confrontation scale, Cognitive anxiety scale (vgl. GILLILAND & TEMPLER 1985/86; STEIGERWALD 1980; VINEY & WESTBROOK 1986/87).

Aufklärung todkranker Patienten, des Kontaktes mit einem Schwerkranken oder der gedanklichen Vorwegnahme des eigenen Todes, gemessen. Für die Frage, was Sterbenden zu schaffen macht, kommen die meisten der in den Angst-Skalen genannten Punkte aus begreiflichen Gründen nicht in Frage. Immerhin hat sich aus der Existenz derartiger Messinstrumente ein Anliegen der vorliegenden Untersuchung ergeben: die Differenzierung, die in bezug auf die kognitive und emotionale Einstellung nicht-sterbender Menschen zu Tod und Sterben vorhanden ist, auch in dem Bereich zu erzielen, in dem aus gedanklicher Beschäftigung existentielle Bedrohung geworden ist. Wird doch in vielen Untersuchungen über todkranke Patienten immer noch pauschal die Frage nach ihrer Angst gestellt.

Bereits 1963 hatte HINTON versucht, die Problematik Sterbender unter dem Konzept "physical and mental distress" zu beschreiben (vgl. o. S. 33). Auch dieser Ansatz, der sich in verschiedene inhaltlich näher gekennzeichnete "Nöte" ausdifferenziert, hat als Anregung für die hier verwandten Probleme gedient. - Eine gute Parallele bildet auch der in letzter Zeit gelegentlich verwandte Begriff der "coping task" (z.B. KALISH 1980, s.o. S. 35 und 54), der zudem den Vorteil hat, auf ein in der Psychologie anerkanntes Konzept, das der "Bewältigung" oder "Auseinandersetzung" (coping) zurückgreifen zu können. - Was die fehlende begriffliche Definition des Terminus Problem bzw. Sorge angeht, würde der ebenfalls in letzter Zeit in der englischsprachigen Literatur verwandte Begriff "concern" (was einen betrifft oder betroffen macht oder über etwas besorgt sein lässt) die vielleicht am meisten entsprechende Parallele bilden.

Grundsätzlich lassen sich die Probleme sterbender Patienten auch mit der Begrifflichkeit von "Anpassung" und "Abwehr" beschreiben. Unter Anpassung versteht man im allgemeinen einen Vorgang, in dem "die Bedürfnisse des Individuums auf der einen Seite und die Ansprüche der Umwelt auf der anderen Seite" nach Möglichkeit aufeinander abgestimmt werden. "Die Anpassung erfolgt einerseits durch Veränderung der Umgebung, andererseits durch Lernen situationsgerechten Handelns und Verhaltens, aber auch durch biologische Veränderungen des Organismus" (HÄNNI 1971, S. 115), was bei Sterbenden nur noch teilweise möglich ist. Ausserdem verläuft der Anpassungsprozess nicht aus-

schliesslich in bewusster und rational begründeter Vorgehensweise. Dazu ist der Anpassungsdruck zu gross, die affektive Belastung zu stark.[1)]

Auch der Bereich der unbewussten "Abwehrmechanismen" spielt eine bedeutende Rolle. Dieser Begriff wurde ursprünglich von FREUD (1952) zur Kennzeichnung fehlender Wahrnehmung von unangenehmen Vorstellungen und Affekten bei bestimmten Neurosen gebraucht. Nach HEIM (1975, S. 323) sind darunter psychische Leistungen zu verstehen, die "primär darauf ausgerichtet sind, das innere psychische Gleichgewicht zu erhalten. So wehren sie quälende Affekte, Vorstellungen, Erinnerungen und bedrängende Triebansprüche vor dem Bewusstwerden ab, sofern sie nicht eine realitätsgerechte Verarbeitung erfahren können." Es handelt sich hierbei um nicht direkt beobachtbare, sondern aus dem Verhalten des Patienten zu erschliessende Vorgänge, deren Existenz nicht auf Kranke oder Sterbende begrenzt ist (vgl. A.FREUD 1980).

Man kann den Sterbeprozess eines Menschen auch unter den Aspekten von Krise, Konflikt, Frustration und Stress betrachten und die in Rede stehenden Probleme in diese Zusammenhänge einzuordnen versuchen. Der Begriff "Krise" stammt ursprünglich aus der Medizin und bezeichnet den Fieberabfall bei Infektionskrankheiten, der die Genesung einleitet (PSCHYREMBEL 1972). In der Psychologie versteht man darunter eine Unterbrechung im kontinuierlichen Lebenslauf des Menschen, die mit einer Wende verbunden ist (LAY 1981). Jede Krise beinhaltet eine "dramatische Auseinandersetzung mit psychischen Konflikten" (SCHMIDBAUER 1980, S. 1174). Für den betroffenen Menschen bedeutet sie eine Störung seines psychischen Gleichgewichtes. Bisherige Werte und Normen werden in Frage gestellt; es tritt eine Desorientierung ein. Dafür treten grundlegende Sinn-

---

1) Obwohl sich Anpassung und Abwehr begrifflich trennen lassen, wenn man unter ersterem ein "flexibles, zweckgerichtetes Verhalten ..., das Wahlmöglichkeiten offen lässt und autonom organisiert ist", und unter Abwehr ein "rigides, zwanghaftes" Erleben und Verhalten versteht, ist eine strikte Unterscheidung in Wirklichkeit fraglich, wie GAUS & KÖHLE (1979, S. 747) richtig bemerken. Denn auch ein durch Abwehr gekennzeichnetes Verhalten kann einen Anpassungsprozess in Gang setzen oder unterstützen.

fragen in den Vordergrund und werden neue Einstellungen, Wertvorstellungen und Lebensweisen entwickelt. Die durch eine unheilbare Erkrankung entstandene Krise lässt sich grundsätzlich mit anderen Lebenskrisen wie Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Verlust eines geliebten Menschen durch Tod vergleichen. Darüber hinaus aber ist die Situation des Sterbens durch einige Momente bestimmt, die sich bei anderen Krisen nicht oder nicht in dieser Stärke finden: Die Krise ist grundsätzlich unlösbar; die Situation erfordert Anpassungsmechanismen, die über alle bisherigen Erfahrungen hinausgehen; die Bedrohung bisheriger Werte und Lebensziele ist total.

In einem "Konflikt" geht es psychologisch immer um mindestens zwei miteinander im Widerstreit stehende Kräfte, die je nach psychologischer Richtung unterschiedlich definiert werden (Psychoanalyse: innere Bedürfnisse; Ganzheitspsychologie: unvereinbare Bedeutsamkeiten; Verhaltenstheorie: inkompatible Reaktionen auf bestimmte Reizmuster) (vgl. LAPLANCHE & PONTALIS 1972; PONGRATZ 1961; YATES 1980). Beim Sterbenden stehen sich der Wunsch zu leben und das Wissen, sterben zu müssen, gegenüber. Nach LEHR (1965) ist der Konflikt ein Symptom für ein gestörtes inneres Gleichgewicht bzw. ein problematisches Verhältnis des Menschen zur Zukunft; der sich im Konflikt befindliche Mensch erlebt einen Orientierungsverlust. Der Konflikt beinhaltet einen Entscheidungs- und Lösungsdruck, d.h. die in ihm bestehende Spannung bzw. Störung strebt nach Auflösung.

Der Begriff "Frustration" geht auf den psychoanalytischen Terminus "Versagung" zurück, der den Zustand eines Menschen meint, dem die Befriedigung eines Triebanspruches verwehrt ist. Unter Frustration versteht man deshalb allgemein die "Behinderung des Organismus, ein Ziel zu erreichen" (DREVER & FRÖHLICH 1975, S. 125) bzw. eine "durch soziale oder auch psychische Verhältnisse verhinderte Bedürfnisbefriedigung mit der möglichen Folge psychisch oder sozial abweichenden Verhaltens" (BLUMENBERG & KURY 1976, S. 63). In der Verhaltenspsychologie wird der Begriff für solche Vorgänge gebraucht, in denen "eine definierte Operation ... einen Menschen daran hindert, eine ganz bestimmte Reaktion zu zeigen" (DREVER & FRÖHLICH aaO). - Auf den Sterbeprozess angewandt, würde dies bedeuten, dass der Sterbende sich daran gehindert sieht, sein "Ziel" zu erreichen, das darin besteht weiterzuleben. Er kann bestimmte "Reaktionen",

die für den Zustand des nicht-sterbenden Menschen kennzeichnend sind, z.B. ungehinderte Mobilität oder Eingehen langfristiger Verpflichtungen, aufgrund der Behinderung durch seine unheilbare Erkrankung nicht zeigen.

Eine Verbindung zwischen Konflikt- und Frustrationstheorie findet sich bei PONGRATZ (1961), der die von LEWIN herausgearbeiteten Konflikttypen[1] um den "Frustrations-Konflikt" erweitert. Darunter versteht er "jene innere Spannungslage, in der die Person in der Entscheidung für oder gegen die Annahme einer Versagung eines positiv wertgetönten Bedeutungsgehaltes steht" (S. 193). Im Unterschied zu den anderen Konfliktarten ist der in Frage stehende Bedeutungsgehalt beim Frustrations-Konflikt unerreichbar. Es geht nicht "um das Ergreifen oder Nichtergreifen eines Wahlgegenstandes..., sondern um eine innere Einstellung zum Faktum der Versagung, das auf höherer Stufe als Schicksal erlebt wird" (aaO).

"Stress" als psychologisches Problem wurde erstmals 1950 von SELYE[2] beschrieben, der darunter eine bestimmte physiologische Reaktion des Organismus auf länger anhaltende Belastung versteht. Er unterscheidet zwischen drei Stufen des "Adaptationssyndroms": Alarmreaktion, Resistenz mit optimaler Anpassung und Zusammenbruch der Anpassung (Erschöpfung) (zit. n. MARTIN 1980). Später wurde die Theorie auf psychologische und soziale Vorgänge ausgedehnt. Dort bezeichnet Stress den Zustand eines Organismus, "der dann eintritt, wenn das Individuum erkannt hat, dass sein Wohlbefinden (oder seine Integrität) in Gefahr ist und dass es alle verfügbare Energie zu seinem Selbstschutz und seiner Selbstverteidigung aufwenden muss" (COFER & APPLEY 1964 - zit. n. MARTIN 1980, S. 2232)[3]. Stress-Situationen äussern sich in bestimmten psychischen Zuständen. FRÖHLICH (1965) unterscheidet hier zwischen den Modi der Erregung

---

1) Lewin, K.: A dynamic theory of personality. New York: Mc Graw-Hill, 1935. - LEWIN unterscheidet zwischen verschiedenen Konflikten aufgrund unterschiedlicher Zuordnung von Annäherung (Appetenz) und Vermeidung (Aversion), so dass sich folgende Typen ergeben: Appetenz-Appetenz-Konflikt, Appetenz-Aversions-Konflikt, Aversions-Aversions-Konflikt.

2) Selye, H.: Stress. Montreal: Acta Inc., 1950

3) Cofer, C.N. & Appley, M.H.: Motivation: Theory and research. New York: John Wiley & Sons, 1964

(Ärger und Angst) und der Hemmung (Deprimiertheit). Als aktive Bewältigungsmechanismen einer Stress verursachenden Situation sieht MILLER (1980) die Strategien von rationaler Bewältigung, unmittelbarer Reaktion zwecks Entschärfung der Situation (z.B. Humor), Verleugnung, Neudefinition, Verhaltensstörung und Aggression. - Die Konzepte von Stress und Krise finden sich bei PATTISON (1977d) im Begriff der "stressreichsten Lebenskrise" verbunden, mit dem er den Sterbeprozess, vor allem den Beginn dieser Zeit mit der Eröffnung der Diagnose, umschreibt (s.o. S. 34 und 55).

Die skizzierten psychologischen Theorien gehören in den grösseren Zusammenhang der Motivationspsychologie. Ein zentraler Begriff ist dabei der des "Bedürfnisses", der bei der Bestimmung des Bedeutungsumfeldes von Problem bzw. Sorge ebenfalls berücksichtigt werden muss. Unter Bedürfnis versteht man allgemein den "Zustand eines Mangels, des Fehlens von etwas, dessen Behebung verlangt wird". "Psychologisch ist Bedürfnis das mit dem Erlebnis eines Mangels und mit dem Streben nach der Beseitigung dieses Mangels ... verbundene Gefühl" (DORSCH 1976, S. 71).

Auf dem Hintergrund dieser Vergleiche und Hinweise soll in der vorliegenden Arbeit folgende Definition von Sorge bzw. Problem gelten, deren Weite einerseits gewollt, andererseits aus Mangel an einem besseren (deutschsprachigen) Begriff zustande gekommen ist: Mit Problem bzw. Sorge wird ein emotionales, kognitives oder verhaltensmässiges Geschehen oder ein entsprechender Zustand bezeichnet, das/der einem sterbenden Spitalpatienten im Zusammenhang mit seinem Sterbeprozess als vorübergehende oder dauerhafte, situationelle oder strukturelle Belastung (Krise, Konflikt, Frustration, Stress) in bezug auf sich selbst (Selbstbild, Selbstwert, psychische und körperliche Befindlichkeit) oder seine Umgebung (Kommunikation, Interaktion) bewusst ist, mit der er sich auseinandersetzen muss bzw. die es zu bewältigen gilt.

Diese Definition - wie auch die im folgenden Abschnitt aufgeführten konkreten Sorgen bzw. Probleme - zeigt, dass es falsch wäre, Problem mit Anpassungs- oder Abwehrprozessen gleichzusetzen. Schon allein die Tatsache, dass in der vorliegenden Untersuchung den Patienten ein Katalog von Problemen zur

Selbsteinschätzung vorgelegt wird (s.u. S. 176), macht deutlich, dass es nicht um unbewusste Vorgänge gehen kann. Vielmehr kann man das gesamte Erleben und Verhalten des Sterbenden als ein Geschehen erfassen, das sich in bewusster und unbewusster Anpassung und Abwehr vollzieht, wozu auch die Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit Problemen und Sorgen gehört.

2.3 Die Probleme im einzelnen

Angeregt durch die Angaben in der Literatur und gestützt auf eigene Erfahrungen mit sterbenden Patienten und eine Reihe von informellen Gesprächen mit Ärzten, Schwestern, Spitalpfarrern und anderen Bezugspersonen Sterbender entstand der folgende Katalog von 20 Problemen, deren Reihenfolge ohne Bedeutung ist (vgl. Merk-Faltblatt S. VIII).

(1) Ich mache mir Sorgen, wie meine Familie/mein Angehöriger ohne mich zurecht kommt.

(2) All mein Aufbäumen gegen die Krankheit scheint umsonst gewesen zu sein.

(3) Hätte ich vielleicht früher zum Arzt gehen sollen?

(4) Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde.

(5) Vielleicht haben sich die Ärzte in der Diagnose meiner Krankheit geirrt.

(6) Wie lange werde ich noch leiden müssen?

(7) Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht.

(8) Ich frage mich, welchen Sinn mein Leben hatte.

(9) Ich habe Angst davor, grosse Schmerzen zu bekommen.

(10) Ich muss unbedingt noch etwas erledigen, solange ich noch dazu fähig bin.

(11) Ich muss von dem, was mir lieb ist, immer mehr aufgeben.

(12) Warum trifft es gerade mich?

(13) Ich kann mit meinem Arzt nicht in Ruhe über das reden, was mich bewegt.

(14) Bin ich an meiner Krankheit etwa selbst schuld?

(15) Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen.

(16) Ich hatte noch etwas Bestimmtes im Leben erreichen wollen; das ist nun nicht mehr möglich.

(17) Ich kann mit meiner Familie/meinen Freunden nicht über meine Sorgen sprechen.

(18) Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt.

(19) Ich kann einfach nicht glauben, dass es keine grundsätzliche Besserung mehr geben soll.

(20) Mich beschäftigt die Frage nach Jenseits und ewigem Leben.

Am Anfang der Genese dieses Problemkatalogs standen einige Sorgen, wie ich sie in mehr oder weniger gleichlautender Formulierung immer wieder von Patienten gehört hatte. Obwohl sich die Liste mit der Zeit vergrösserte, wobei versucht wurde, das gesamte Spektrum der bei Spitalpatienten vorkommenden Probleme abzudecken, blieb es bei diesem Sammlungsprinzip: Es sollte um Probleme gehen, wie sie jederzeit von todkranken Patienten geäussert werden könnten, bzw. um Themen, von denen sich die Patienten unmittelbar angesprochen fühlen würden. - Ein anderes Kriterium bildete die methodisch-ethische Frage, welche Inhalte in derartigen Problem-Feststellungen einem Sterbenden zuzumuten seien. So wurden einige Formulierungen nach ersten Gesprächen mit Todkranken überprüft und abgeschwächt (z.B. "grosse" statt "unerträgliche" Schmerzen). Ausserdem wurde das bereits in den Katalog aufgenommene Thema "Ich befürchte, dass mich die Krankheit so verändern wird, dass ich mich selbst kaum noch wiedererkenne" ganz weggelassen. Der Leitgedanke war bei allem, dass der Patient auf keinen Fall durch die Befragung geängstigt oder durch Erwähnung eines ihm unbekannten Problems in Unruhe versetzt werden sollte.

Die genannten 20 Sorgen lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten gliedern. Dies entspricht der in der Literatur gefundenen Vielfalt von Einteilungsprinzipien (s.o. S. 53ff.). Nach formalen Kriterien könnte man so unterteilen:

- Probleme aus dem somatischen Bereich (P9, P15)
- Probleme aus dem psychischen Bereich (P1, P2, P3, P5, P6, P8, P10, P11, P12, P14, P16, P18, P19, P20)
- Probleme aus dem sozialen Bereich (P4, P7, P13, P17)

Diese Einteilung überzeugt nicht in allen Punkten, besonders was die Gruppe der psychischen Probleme angeht. So lässt sich z.B. fragen, ob man die Sorgen über die Familie (P1) nicht ebenso gut zum sozialen Bereich zählen könnte; geht es dabei doch ebenfalls um Kommunikation und Interaktion, wenn auch weniger direkt als bei den zu diesem Punkt genannten vier Problemen. Umgekehrt kann man bei P9 (Angst vor Schmerzen) fragen, ob es sich dabei wirklich um ein somatisches Problem handelt, da entsprechend der Formulierung die Belastung durch Schmerzen noch nicht existiert, sondern gedanklich vorweggenommen wird.

Nach inhaltlichen Gesichtspunkten könnte man die 20 Sorgen wie folgt gliedern:

- Resignation:	- Aufbäumen umsonst gewesen (P2) - Immer mehr aufgeben müssen (P11) - Bestimmtes im Leben nicht erreicht (P16)
- Ungewissheit, Zweifel, Verleugnung:	- Falsche Diagnose gestellt? (P5) - Keine Besserung möglich? (P19)
- Beeinträchtigung durch Krankheit:	- Wie lange leiden? (P6) - Angst vor Schmerzen (P9) - Immer hilfloser werden (P15)
- Sorgen um Zukunft von Angehörigen:	- Sorge wegen Familie (P1) - Unbedingt etwas erledigen (P10)
- Schuld:	- Besser früher zum Arzt? (P3) - An Krankheit selber schuld? (P14) - Vieles im Leben falsch gemacht (P18)
- Philosophisch-religiöse Themen:	- Sinn des Lebens (P8) - Leben nach Tod (P20)
- Wut, Aggression:	- Warum ich? (P12)
- Kommunikation, Interaktion:	- Von Umgebung gemieden (P4) - Mühe mit Schwestern (P7) - Mit Arzt nicht reden können (P13) - Mit Familie nicht reden können (P17)

Auch bei dieser Einteilung lassen sich gewisse Überschneidungen nicht vermeiden. Ganz unbrauchbar ist m.E. die an einigen Stellen in der Literatur verwandte Unterscheidung zwischen "emotionalen" und "kognitiven" Sorgen bzw.

zwischen "Belastungen" und "Gefühlen". Bei dem, was einen Sterbenden belastet, handelt es sich in jedem Fall auch um ein emotionales Problem, so dass Emotionalität kein Unterscheidungskriterium sein kann.

Man kann die Sorgen auch in die oben beschriebenen Motivationszusammenhänge von Krise, Konflikt, Frustration und Stress einordnen. Alle Probleme beinhalten einen grundsätzlichen und unlösbaren Konflikt (Tod gegen Leben), während jedes Problem für sich einen teils lösbaren, teils unlösbaren Teilkonflikt darstellt. Alle Probleme sind auf dem Hintergrund einer totalen Krise zu sehen, wobei einige Themen die Frage nach grundsätzlicher Orientierung in besonderer Weise enthalten. Man kann den Sterbeprozess als ganzes als Frustration bezeichnen, da alle Bemühungen, ihn zu verändern, letztlich zum Scheitern verurteilt sind (frustra = lat. vergeblich). Darüber hinaus haben einige Sorgen einen speziellen Frustrationscharakter. Die Sterbezeit als ganze lässt sich auch unter dem Aspekt des Stresses ansehen, weil die Bedrohung durch die unheilbare Krankheit ohne Ende ist. Sinnvoller ist auch hier, nur bestimmte Belastungen als Stress zu bezeichnen.

Insgesamt zeigt sich, dass das in erster Linie berücksichtigte Kriterium bei der Aufstellung des Problemkatalogs, die in der Praxis bei Sterbenden vorkommenden wortwörtlichen Problemformulierungen, d.h. der Verzicht auf die Abstützung auf eine bestimmte Theorie, die eindeutige Zuordnung der Probleme zu einem bestimmten Theorie- oder Kategoriensystem erschwert. Allerdings steht diesem Nachteil der Vorteil der Brauchbarkeit des Problemkatalogs gegenüber.

2.4 Die Bezugspersonen der Patienten

Was die Interaktion sterbender Patienten angeht, so gehören Ärzte und Schwestern zweifellos zu den wichtigsten Bezugspersonen im Spital. Deshalb war es selbstverständlich, diese beiden Berufsgruppen in die Unter-

suchung aufzunehmen. Dabei war in erster Linie an Schwestern und Ärzte gedacht, die auf medizinischen Abteilungen arbeiten, auf denen mehr oder weniger regelmässig sterbende Patienten behandelt werden (z.B. Innere Medizin oder Chirurgie). Es ging also nicht um Interaktionen, wie sie in bestimmten speziellen Abteilungen, z.B. auf den Intensivstationen, gegeben sind, sondern um Prozesse, wie sie unter "normalen" Bedingungen in den (Allgemein-)Spitälern vorhanden sind.

Als weniger selbstverständlich mag die Berücksichtigung der Spitalpfarrer erscheinen. Unter quantitativen Gesichtspunkten gäbe es vermutlich andere im Spital vertretene Berufsgruppen wie medizinisch-technische Assistentinnen oder Physiotherapeuten, die mehr Kontakt mit dem Patienten haben. Andererseits gehören die Pfarrer, wie bereits bemerkt, seit Jahrhunderten zu denen, die einen wichtigen Platz am Bett des Sterbenden haben. Es kommt hinzu, dass ich in meinem Erstberuf als Pfarrer eine Reihe von Erfahrungen im Umgang mit Todkranken sammeln konnte und von daher der Seelsorge und den Spitalpfarrern weiterhin nahe stehe.

Von den "Bezugspersonen", womit die in der Untersuchung schriftlich befragten Schwestern, Pfarrer und Ärzte gemeint sind, wird im Verlauf der Arbeit die Gruppe der "Betreuer" unterschieden, unter denen jene Ärzte und Schwestern aus dem Bezirksspital zu verstehen sind, die mit den dortigen Patienten unmittelbar zu tun hatten, also ihre direkten Bezugspersonen waren.

Die wahrscheinlich wichtigste Gruppe von Bezugspersonen Sterbender fehlt in der Untersuchung: die Angehörigen. Das war nicht vorgesehen, hat sich aber so ergeben. Ursprünglich bestand die Absicht, auch die Angehörigen von Todkranken zu befragen. Eine solche Befragung hätte jedoch eine ähnlich intensive Kontaktaufnahme zu den Angehörigen wie zu den Patienten nötig gemacht, was sich als zu aufwendig erwies. Ausserdem erschien mir das Risiko, die Ablehnung einer entsprechenden Bitte zu erhalten, zu hoch, weil es zu Spannungen zwischen Patienten und Angehörigen hätte führen können, was sich auf die gesamte Untersuchung negativ ausgewirkt hätte. Deshalb tauchte der

Gedanke auf, nur solche Personen zu befragen, die in letzter Zeit einen Verwandten durch Tod verloren hatten, also den Sterbeprozess ihres verstorbenen Familienmitgliedes rückblickend hätten beurteilen können. Leider scheiterte die Verwirklichung dieser Konzeption an Datenschutzfragen bei der um Unterstützung gebetenen Behörde bzw. am Aufwand, den ein anderes Verfahren zur Gewinnung der benötigten Adressen verursacht hätte.

2.5 Zusammenfassung

Zusammengefasst geht es in der vorliegenden Arbeit um folgende Themen:

(A) Beurteilung der Probleme sterbender Patienten durch die Patienten selbst

Welche Probleme liegen bei sterbenden Patienten vor? Welchen Einfluss haben Varianzquellen wie Alter, Geschlecht, Art der Erkrankung u.a. auf diese Probleme?

(B) Beurteilung der Probleme sterbender Patienten durch ihre Bezugspersonen

Wie schätzen Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer die Probleme sterbender Patienten ein? Welchen Einfluss haben Varianzquellen wie Alter, Kontakt mit Todkranken, berufliche Position u.a. auf diese Beurteilung?

(C) Vergleich zwischen Beurteilung der Patienten und Beurteilung der Bezugspersonen

Wie treffend beurteilen die Bezugspersonen die Probleme der Patienten? Wo zeigen sich Fehleinschätzungen, wo bestehen Übereinstimmungen? Falls unterschiedliche Wahrnehmungen vorhanden sind: Welche Gründe lassen sich dafür anführen?

(D) Folgerungen für die Interaktion zwischen Patienten und Bezugspersonen

Welche Konsequenzen ergeben sich für die Interaktion und Kommunikation zwischen Patienten und Bezugspersonen aus den vorstehenden Fragen? Wie kann ein möglichst genaues, sorgfältiges und differenziertes Eingehen der Bezugspersonen auf die Probleme der Patienten erreicht werden?

Damit stellt sich indirekt auch die Frage: Wo brauchen die Bezugspersonen in der Interaktion mit Sterbenden Unterstützung? Welche Folgerungen ergeben sich daraus für ihre Aus- und Weiterbildung?

3. METHODIK

3.1 Methodik und Datenbasis

Über die bei der Befragung von Patienten und Bezugspersonen angewandten Vorgehensweisen soll in den nächsten Kapiteln jeweils an der entsprechenden Stelle berichtet werden. Das hat seinen Grund darin, dass sich jede Befragung auf eine andere Stichprobe bezieht und von daher als in sich sinnvolle Studie mit je eigener Methodik angesehen werden kann.

In der ersten Studie geht es um die Ansichten von Ärzten, Schwestern/Pflegern und Spitalpfarrern aus Spitälern im Kanton Zürich (N=1005), die schriftlich um ihre Meinungsäusserung gebeten wurden. Danach wird über die Gespräche und Befragungen berichtet, die ich in einem kleineren Bezirksspital im Kanton Zürich über einen Zeitraum von neun Monaten mit todkranken Patienten durchgeführt habe. Dabei konnten auch die Meinungen der mit den Patienten befassten Schwestern und Ärzte in bezug auf die befragten Patienten in Erfahrung gebracht werden. Obwohl in diesem Zeitraum mit vielen schwerkranken Patienten des Spitals Kontakt aufgenommen werden konnte, fiel die Zahl der dabei tatsächlich befragten Patienten - aus Gründen, über die weiter unten zu berichten sein wird - gering aus (N=11). Deshalb wurden in einer weiteren Studie in einem städtischen Krankenhaus in der BRD zusätzlich 30 sterbende Patienten auf ihre Probleme hin befragt.

Somit ergibt sich folgende Datenbasis für die gesamte Untersuchung:

- Antworten von schriftlich befragten Ärzten, Schwestern/Pflegern und Spitalpfarrern zu den oben genannten Problemen, einigen damit in Zusammenhang stehenden Themen und einigen Personvariablen (N=1005)
- Antworten von befragten todkranken Patienten eines Bezirksspitals zu den genannten Problemen und Angaben zu einigen Personvariablen (N=11)
- Protokolle von Gesprächen mit diesen Patienten
- Antworten von Betreuern der Patienten des Bezirksspitals zu den genannten Problemen und zu einigen anderen Fragen in Zusammenhang mit der Interaktion zwischen ihnen und den Patienten (N=44)

- Protokolle von Gesprächen mit todkranken Patienten des Bezirksspitals, die für die vorgesehene Befragung nicht in Frage kamen (N=17)
- Antworten von befragten todkranken Patienten eines städtischen Spitals zu den genannten Problemen und Angaben zu einigen Personvariablen (N=30)

3.2 Auswertung

Die Auswertung der Daten richtete sich nach den in der Konzeption der Untersuchung dargestellten Fragestellungen (s.o. S. 75). Dementsprechend werden unterschieden und ausgewertet:

- Gesamtstichprobe der schriftlich Befragten
- Gesamtstichprobe der schriftlich Befragten nach Berufsgruppen unterschieden
- Gesamtstichprobe der schriftlich Befragten nach Zugehörigkeiten getrennt (Teilgruppen) (s. dazu S. 96)
- Gesamtstichprobe der schriftlich Befragten nach bestimmten soziographischen Variablen unterschieden (Untergruppen)
- Stichprobe der Patienten des Bezirksspitals
- Stichprobe der Betreuer der Patienten des Bezirksspitals
- Stichprobe der Patienten des Stadtspitals

Eine Unterteilung der beiden Patienten-Stichproben nach soziographischen Variablen erwies sich wegen der geringen Grösse beider Gruppen als wenig sinnvoll, weshalb darauf verzichtet wurde.

Alle Auswertungsverfahren wurden mit dem Programm-Paket SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Version X, auf dem Computer des Rechenzentrums der Universität Zürich durchgeführt. Ausgenommen davon war die Auswertung der Stichproben im Bezirksspital (Patienten und Betreuer), die wegen der geringen Grösse ohne EDV vorgenommen wurde.

Die angewandten Verfahren richteten sich nach dem Datenniveau. Die mittels einer Likert-Skala gewonnenen Daten der im Mittelpunkt der Untersuchung

stehenden Frage nach der Häufigkeit von Problemen wurden ebenso wie die Daten der gleich skalierten Frage nach der Häufigkeit des Kontaktes mit sterbenden Patienten als intervallskaliert angesehen. Abgesehen von den Variablen Alter (Absolutskala), berufliche Position und Wahrheit am Krankenbett (jeweils Rangskala) weisen alle übrigen Daten Nominalskalenniveau auf.

Zu deskriptiven Zwecken (Häufigkeitsverteilungen, Kontingenztafeln, statistische Kennwerte, Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten) wurden die Prozeduren Frequencies, Crosstabs, Condescriptive, Aggregate, Pearson-Corr und für die Faktorenanalyse die Prozedur Factor verwandt. Mit Hilfe des Nonpar-Test-Programms wurden verteilungsfreie Signifikanztests (Mann-Whitney für Vergleiche zwischen zwei Gruppen und Kruskal-Wallis-H-Test für mehr als zwei unabhängige Stichproben) und Spearman-Rangkorrelationen mit dem Nonpar-Corr-Programm berechnet. Die Prozeduren Breakdown und Anova ermöglichten einfache Varianzanalysen.

4. HYPOTHESEN

Die folgenden Annahmen stützen sich auf eigene Erfahrungen als Pfarrer und Psychologe in verschiedenen Spitälern, Informationen von im Spital tätigen Bekannten und Ergebnissen aus der thanatologischen Literatur. An einigen Stellen finden sich mangels eindeutiger Kriterien mehrere alternativ zu verstehende Hypothesen, mit denen versucht wird, der Differenziertheit der Thematik Rechnung zu tragen.

(A) Hypothesen zum Selbstbild der Patienten

(1) Die häufigsten bzw. grössten Probleme werden für die Patienten die folgenden sein:
- Sorge wegen Familie (P1)
- Aufbäumen umsonst gewesen (P2)
- Wie lange leiden? (P6)
- Angst vor Schmerzen (P9)

- Immer mehr aufgeben müssen (P11)
- Warum ich? (P12)
- Mit Familie nicht reden können (P17)

(2) Probleme der Interaktion spielen für die Patienten eine besonders grosse Rolle.

(3) Patienten, die im Landspital hospitalisiert sind, können offener über ihre Problematik reden, da sie als Landbevölkerung ein natürlicheres Verhältnis zum Tod haben. Dies macht sich darin bemerkbar, dass sie in ihrer eigenen Einschätzung - wie auch in der Beurteilung der Bezugspersonen - weniger Probleme haben.

(B) Hypothesen zum Fremdbild der Bezugspersonen

(4) Zwischen den drei befragten Berufsgruppen gibt es sowohl in der relativen wie absoluten Einschätzung der Probleme der Patienten deutliche Unterschiede. Dies betrifft vor allem solche Sorgen, bei denen es um die Interaktion zwischen Patienten und Bezugspersonen geht (P7, P13).

(5) Die Schwestern als die Gruppe derer, die am meisten mit todkranken Patienten zu tun haben, schätzt die Probleme der Patienten am häufigsten ein.

(6) Bestimmte Probleme (P1, P10, P11) fordern mehr zu kommentierenden oder einschränkenden Bemerkungen heraus als andere (vgl. dazu S. 84f.).

(C) Hypothesen zum Vergleich zwischen Selbstbild der Patienten und Fremdbild der Bezugspersonen

(7) Die befragten Bezugspersonen unterschätzen die Probleme der Patienten eher, als dass sie sie überschätzen.

(8) Wer die Probleme der Patienten am gravierendsten sieht, kommt der Selbsteinschätzung der Sterbenden am nächsten. Dies dürfte gemäss Hypothese 5 die Gruppe der Schwestern sein.

(9) Es ist zu erwarten, dass Ärzte und Schwestern genauer über die somatischen Probleme, Schwestern besser über die kommunikativen Sorgen und Pfarrer mehr über die Sinnfragen des Patienten Bescheid wissen.

(10) Was das Alter der Bezugspersonen angeht, lassen sich unterschiedliche Einflüsse vorstellen, was auch damit zu tun hat, dass höheres Alter im allgemeinen auch höheres Dienstalter und höhere berufliche Position bedeuten dürfte:

(a) Jüngere Bezugspersonen kennen die Probleme Sterbender besser, weil sie durch ihre berufliche Position mehr Kontakt mit ihnen haben.

(b) Ältere Bezugspersonen wissen über Sterbende besser Bescheid, weil sie mehr Erfahrung mit ihnen haben.

(c) Ältere Bezugspersonen kennen die Problematik von Todkranken besser, weil sie selber dem Tod näher stehen.

(d) Ältere Bezugspersonen sind aufgrund ihrer länger dauernden Konfrontation mit Todkranken gegenüber deren Sorgen abgestumpfter, so dass auch ihre Wahrnehmung der Sorgen eingeschränkt ist.

(11) Je mehr Kontakt eine Bezugsperson zu sterbenden Patienten hat, desto besser kennt sie deren Problemsituation bzw. desto höher schätzt sie die Belastung der Patienten ein.

(12) Bezugspersonen, die aus medizinischen Abteilungen kommen, in denen häufiger Sterbende vorkommen, wissen über deren Probleme besser Bescheid als solche, die selten oder nie mit Sterbenden zu tun haben.

(D) Hypothesen zur Interaktion zwischen Patienten und Betreuern im Bezirksspital

(13) Die direkt im Kontakt mit den Patienten stehenden Betreuer im Bezirksspital kennen die Probleme dieser Kranken besser als die schriftlich befragten Bezugspersonen.

(14) Je direkter und häufiger sich die Patienten mit ihrem bevorstehenden Tod auseinandersetzen, desto seltener bzw. unbedeutender sind ihre Probleme.

(15) Je besser die Beziehung zwischen Betreuern und Patienten ist, desto direkter werden die Patienten von den Betreuern auf das Thema Tod und Sterben angesprochen bzw. umgekehrt, je direkter und häufiger die Patienten auf das Thema Tod und Sterben angesprochen werden, desto besser sind ihre Beziehungen zu den Bezugspersonen.

(16) Je direkter und häufiger die Patienten auf die Thematik von Tod und Sterben von ihren Betreuern angesprochen werden, desto direkter und häufiger sind ihre Auseinandersetzungen mit ihrem bevorstehenden Tod.

B. Die drei Studien

1. DIE SCHRIFTLICHE UMFRAGE BEI BEZUGSPERSONEN STERBENDER PATIENTEN

1.1 Stichprobe und Repräsentativität

Das ursprüngliche Konzept dieser Teiluntersuchung sah vor, alle Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer, die in - öffentlichen und privaten - Spitälern innerhalb des Kantons Zürich tätig sind, anzuschreiben. Abgesehen von den Pfarrern beider Konfessionen, die vollständig erfasst und angeschrieben werden konnten, musste auf dieses Ziel aber verzichtet werden, da eine entsprechende Datensammlung nicht existierte und eine pauschale Verteilung von Fragebögen in den Spitälern sich aller Voraussicht nach als undurchführbar erwiesen hätte. Deshalb wurde der Weg gewählt, im Spital tätige Ärzte und Schwestern über die beiden grössten kantonalen Standesorganisationen, der "Ärztegesellschaft des Kantons Zürich" und dem "Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sektion Zürich/Glarus/Schaffhausen", anzusprechen. Nach Schätzung dieser beiden Verbände machten die bei ihnen registrierten Mitglieder zum Zeitpunkt der Erhebung (Oktober 1983) ca. 80% aller in Spitälern im Kanton Zürich tätigen Ärzte und ca. 45% aller Schwestern und Pfleger aus. Dies sind in absoluten Zahlen 1051 Ärzte und 1761 Schwestern/Pfleger. Diese Personen wurden neben den bereits erwähnten reformierten und katholischen Spitalpfarrern (N=92) mit einem je spezifischen Empfehlungsschreiben angeschrieben und um Bearbeitung eines Fragebogens gebeten.

Von den insgesamt 2904 versandten Fragebögen wurde ein Rücklauf von 1094 (= 37.7%) registriert, von denen, zieht man die z.T. sehr interessanten brieflichen und telephonischen Rückmeldungen ab, 1005 Antworten als verwertbare Fragebögen übrigblieben. Dies bedeutet nach Berufsgruppen aufgeteilt: Ärzte (N=394 ≙ 37.5%), Schwestern (N=569 ≙ 32.3%), Pfarrer (N=42 ≙ 45.7%). Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt nochmals sämtliche Zahlen im Überblick.

Da der Rücklauf höher als erwartet ausfiel und ein weiteres Anschreiben, besonders bei der Gruppe der Schwestern, die sich den Versand der Briefe

	POPULATION[1]		STICHPROBE[2]		RÜCKLAUF (TOTAL)[3]			RÜCKLAUF (BEREINIGT)		
	N	%	N	% Population	N	% Population	% Stichprobe	N	% Population	% Stichprobe
ÄRZTE	1314	100	1051	80.0	415	31.6	39.5	394	30.0	37.5
SCHWESTERN	3913	100	1761	45.0	632	16.2	35.9	569	14.5	32.3
PFARRER	92	100	92	100.0	47	51.1	51.1	42	45.7	45.7
SUMME	5319	100	2904	54.6	1094	20.1	37.7	1005	18.9	34.6

Tab. 2: Population, Stichprobe und Rücklauf der schriftlichen Umfrage unter Bezugspersonen sterbender Patienten

[1] Population besteht aus:
- Gesamtheit aller Ärzte, die in öffentlichen und privaten Spitälern im Kanton Zürich beschäftigt sind (Schätzung der "Ärztegesellschaft des Kantons Zürich")
- Gesamtheit aller diplomierten Krankenschwestern und -pfleger, die in öffentlichen und privaten Spitälern, Alten- und Pflegeheimen, Gemeindepflegestationen u.a. im Kanton Zürich beschäftigt sind (Schätzung des "Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sektion Zürich/Glarus/Schaffhausen")
- Gesamtheit aller reformierten und katholischen Pfarrer, die in öffentlichen und privaten Spitälern im Kanton Zürich beschäftigt sind (Angaben des "Kirchenrates des Kantons Zürich" und des "Katholischen Pfarramtes am Kantonsspital Winterthur")

[2] Stichprobe besteht aus:
- Gesamtheit aller bei der "Ärztegesellschaft" registrierten Spitalärzte
- Gesamtheit aller beim "Schweizer Berufsverband" registrierten Krankenschwestern und -pfleger
- Gesamtheit aller Spitalpfarrer

[3] Rücklauf (total) besteht aus Reaktionen aller Art (Fragebogen, Briefe, Telephonanrufe)

selbst vorbehalten hatten, mit erheblichem zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden gewesen wäre, wurde auf ein Mahnschreiben zwecks Erhöhung der Rücklaufquote verzichtet. Angesichts fehlender Angaben zur Zusammensetzung der Population bei Ärzten und Schwestern lässt sich ohnehin nicht von einer repräsentativen Stichprobe sprechen. Lediglich bei der Gruppe der Pfarrer, die zu 100% angeschrieben werden konnte, kann vermutet werden, dass die erhaltenen Antworten für diesen Berufsstand typisch sind. Die eigentlich

wünschbare Repräsentativität aller drei Berufsgruppen würde im übrigen nur für den Kanton Zürich gelten und könnte nicht ohne weiteres auf andere Kantone oder gar andere Länder generalisiert werden. Andererseits kann vermutet werden, dass die Beziehung zwischen Patienten und Bezugspersonen in Spitälern ausserhalb des Erhebungsbereiches nicht wesentlich anders ist, und dass die Zahl derer, die sich an der Umfrage beteiligt haben, gross genug ist, um mit Vorsicht gewisse allgemeine Schlüsse daraus ziehen zu können.

Bei der Durchsicht des Rücklaufes ergab sich überraschend, dass bei den Schwestern/Pflegern ein relativ grosser Anteil der Antwortenden nicht im Spital tätig war, hauptsächlich Gemeindekrankenschwestern und an Krankenpflegeschulen tätige Schwestern. Das hat seinen Grund darin, dass das Adressmaterial entgegen meiner Annahme nicht zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Schwestern unterschied. Zum anderen zeigte sich, dass in allen drei Stichproben eine Reihe von Personen vorhanden waren, die zwar im Spital arbeiteten, aber auf Abteilungen tätig waren, auf denen sterbende Patienten selten oder nie vorkommen (wie Augenheilkunde oder Pathologie), auf denen die Sterbenden keine Erwachsenen sind (Kinderspitäler), auf denen ganz spezielle Patienten untergebracht sind (z.B. Geriatrie, Psychiatrie) oder bei denen so spezifische Bedingungen vorliegen, dass die dort vorhandenen Interaktionsprozesse mit den ansonsten üblichen wie z.B. in der Inneren Medizin oder Chirurgie nicht vergleichbar sind (z.B. Intensivstation). Diese variierenden Bedingungen machten es notwendig, die Gesamtstichprobe in eine Kern- und eine Restgruppe aufzuteilen, wobei unter Kerngruppe die Vpn gemeint sind, auf welche die Studie ursprünglich bezogen ist: Ärzte, Schwestern und Pfarrer, die mit einer gewissen Regelmässigkeit mit erwachsenen sterbenden Spitalpatienten zu tun haben, deren Krankheitsprozess sich wiederum im allgemeinen über einen längeren Zeitraum erstreckt und mit denen eine Kommunikation unter nicht zu speziellen Bedingungen möglich ist. Die Untersuchung der schriftlich befragten Bezugspersonen wird sich im folgenden vor allem auf diese Kerngruppe beziehen, wobei immer wieder auch die anderen Vpn als ganze Gruppe oder ein Teil von ihnen als spezifische Untergruppe zum Vergleich herangezogen werden. Somit ergibt sich für die Stichprobe der schriftlich Befragten folgende Zusammensetzung:

	GESAMTGRUPPE		KERNGRUPPE		RESTGRUPPE	
	N	%	N	%	N	%
ÄRZTE	394	100.0	240	60.9	154	39.1
SCHWESTERN	569	100.0	239	42.0	330	58.0
PFARRER	42	100.0	34	81.0	8	19.0
SUMME	1005	100.0	513	51.0	492	49.0

Tab. 3: Anzahl Vpn der 3 Berufsgruppen nach Teilgruppen gegliedert

1.2 Methodik

"Ziel der Studie ist es, in Erfahrung zu bringen bzw. zu überprüfen, was todkranken Patienten am meisten zu schaffen macht bzw. wo sie am ehesten Unterstützung brauchen. (...) Zu diesem Zweck möchte ich auch die Meinung der verschiedenen Bezugspersonen von schwerkranken Patienten ... in Erfahrung bringen." Mit diesen Worten aus dem Begleitschreiben an die angeschriebenen Schwestern, Pfarrer und Ärzte wurde um Mithilfe bei der Untersuchung und um Ausfüllen des beigelegten 5-seitigen Fragebogens gebeten. Der Fragebogen (s. Anhang A 1) enthielt zunächst eine kurze Zielangabe und eine Definition von "sterbendem Patient" (vgl. o. S. 63). Der Befragte wurde dann aufgefordert zu beurteilen, ob die im folgenden aufgeführten 20 "Problem-Feststellungen" zutreffend sind, wobei darauf hingewiesen wurde, dass die Probleme nicht unbedingt im gleichen Wortlaut geäussert werden müssen. "Gehen Sie dabei davon aus, welche Probleme Ihnen im Laufe Ihrer Tätigkeit bei todkranken Patienten des öfteren begegnet sind." Zur Beurteilung lag eine 5-stufige Häufigkeitsskala vor ("sehr selten", "selten", "manchmal", "oft", "sehr oft"). Ausserdem war die Möglichkeit gegeben anzukreuzen, dass das jeweilige Problem nicht beurteilt werden könne. Neben jeder Problem-Feststellung war Platz gelassen für "allfällige Bemerkungen", zu denen der Befragte aufgefordert wurde, wenn er der Meinung war, "dass bestimmte Probleme nur auf ganz bestimmte Patienten

zutreffen". Im Anschluss an die 20 Probleme fand sich eine Rubrik, in der "eventuell fehlende Problem-Feststellungen" notiert und ebenfalls nach Häufigkeit angekreuzt werden konnten. Wer der Meinung war, er könnte die Frage nach den Problemen nicht beantworten - z.B. wegen der Ansicht, dass über Sterbende keine allgemeingültigen Aussagen möglich sind -, hatte im nun folgenden Abschnitt des Fragebogens Gelegenheit, seine Meinung anhand eines von mehreren vorgegebenen oder zu ergänzenden Grundes zu äussern.

Im Abschnitt "Fragen zur Person" wurde nach Alter, Geschlecht, Spitalart, medizinischer Abteilung und beruflicher Position des Antwortenden, daneben nach der Häufigkeit seines Kontaktes mit todkranken Patienten gefragt. Als weiterer Themenkomplex schloss sich die Frage an: "Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert?" - mit der Vorgabe einiger Antwortmöglichkeiten und der Möglichkeit, weitere Antworten selbst zu formulieren. - Schliesslich wurde danach gefragt, ob der Betreffende Interesse daran hätte, über die Ergebnisse der Studie unterrichtet zu werden (was mit der Angabe der Anschrift dokumentiert werden sollte). Zum Schluss war auf dem Fragebogen Platz für "Bemerkungen zum Fragebogen und zur Untersuchung" gelassen.

1.3 Beschreibung der Stichprobe

Über die Zusammensetzung der Stichprobe soll im folgenden anhand der Angaben zu den Personvariablen auf dem Fragebogen unterrichtet werden.

(1) Geschlecht

Die Zusammensetzung der Stichprobe nach Geschlecht ist in den drei Berufsgruppen sehr unterschiedlich. Während in der Gesamtstichprobe ohne Unterscheidung nach Berufen männliche und weibliche Vpn in etwa gleich verteilt sind (Gesamtgruppe: ♂ = 44.8%, ♀ = 58.2%; Kerngruppe: ♂ = 50.1%, ♀ = 49.9%),

überwiegen bei den Ärzten und Pfarrern deutlich die Männer (86.0% bzw. 88.1%), während beim Pflegepersonal hauptsächlich Frauen vertreten sind (91.9%). Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung in allen Gesamt- und Kerngruppen.

	MÄNNLICH		WEIBLICH		OHNE ANGABE		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GESAMTGRUPPE	420	41.9	583	58.0	2	0.2	1005	100.0
KERNGRUPPE	257	50.1	256	49.9	0	0.0	513	100.0
RESTGRUPPE	163	33.1	327	66.5	2	0.4	492	100.0
ÄRZTE (GESAMT)	339	86.0	55	14.0	0	0.0	394	100.0
SCHWESTERN (GESAMT)	44	7.7	523	91.9	2	0.4	569	100.0
PFARRER (GESAMT)	37	88.1	5	11.9	0	0.0	42	100.0
ÄRZTE (KERN)	212	88.3	28	11.7	0	0.0	240	100.0
SCHWESTERN (KERN)	13	5.4	226	94.6	0	0.0	239	100.0
PFARRER (KERN)	32	94.1	2	5.9	0	0.0	34	100.0

Tab. 4: Verteilung der Teilgruppen und der 3 Berufsgruppen (Gesamt und Kern) nach Geschlecht

(2) Alter

Die befragten Bezugspersonen Sterbender sind im Durchschnitt 37.5 Jahre alt (s = 10.7). Aufgeteilt nach Berufsgruppen ergibt sich bei der Gesamtgruppe folgendes Bild:

	N	$\bar{x}$	MEDIAN	s	MIN	MAX
ÄRZTE	394	37.4	34	9.2	26	72
SCHWESTERN	569	36.8	33	11.2	21	64
PFARRER	42	47.3	43	12.0	28	73

Tab. 5: Verteilung der 3 Berufsgruppen (Gesamt) nach Alter

Die an der Befragung teilnehmenden Spitalpfarrer sind im Durchschnitt etwa 10 Jahre älter als die beteiligten Schwestern und Ärzte. Entsprechend den unterschiedlichen Ausbildungsgängen sind die jüngsten Schwestern mit 21 Jahren um einige Jahre jünger als die entsprechenden Pfarrer (28 Jahre) und Ärzte (26 Jahre). Obwohl nicht danach gefragt, lässt sich aus diesen Angaben auf das Dienstalter bzw. die Dauer der Berufserfahrung schliessen. Eine Schwester dürfte in einem Lebensalter von 30 Jahren bereits sieben bis neun Jahre Berufserfahrung hinter sich haben, während Ärzte und Pfarrer zu diesem Zeitpunkt erst am Anfang ihrer Laufbahn stehen. Daraus abzuleiten, dass die an der Befragung teilnehmenden Schwestern im Durchschnitt vier bis fünf Jahre länger in ihrem Beruf tätig sind als die Ärzte und Pfarrer gleichen Alters, dürfte jedoch insofern fraglich sein, als es bekanntlich bei Schwestern viel häufiger als bei den beiden anderen Gruppen vorkommt, dass die Berufstätigkeit nach den ersten Jahren eine Zeit lang unterbrochen und zu einer späteren Zeit wieder aufgenommen wird. Man könnte allenfalls vermuten, dass die Pfarrer mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahren die Dienstältesten unter den Befragten sind. Dabei bliebe allerdings die Tatsache unberücksichtigt, dass viele Pfarrer ihre Tätigkeit nicht gleich zu Beginn ihrer Laufbahn im Spital anfangen, sondern erst später in dieses Arbeitsfeld hineinkommen.

Es hat sich zwecks besserer Vergleichbarkeit als sinnvoll erwiesen, das Alter der Vpn zu drei Gruppen zusammenzufassen (21-35 Jahre, 36-50 Jahre, Über 50 Jahre). Wie Tab. 7 auf der folgenden Seite zeigt, gehören die meisten Befragten - abgesehen von der Restgruppe - der jüngsten Altersgruppe an. Die Pfarrer bilden, wie sich oben bereits andeutete, eine Ausnahme, weil bei ihnen die Altersstufe 21-35 Jahre nur wenige Male vorkommt, so dass auf die Bildung dieser Gruppe bei ihnen verzichtet wurde (vgl. die folgende Tabelle).

	- 50 JAHRE		51- JAHRE		OHNE ANGABE		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PFARRER (GESAMT)	26	61.9	15	35.7	1	2.4	42	100.0
PFARRER (KERN)	21	61.8	12	35.3	1	2.9	34	100.0

Tab. 6: Verteilung der Pfarrer (Gesamt und Kern) nach Altersgruppen

	21-35 JAHRE		36-50 JAHRE		51- JAHRE		OHNE ANGABE		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESAMTGRUPPE	532	54.0	300	29.9	149	14.8	13	1.3	1005	100.0
KERNGRUPPE	320	62.4	124	24.2	66	12.8	3	0.6	513	100.0
RESTGRUPPE	223	45.3	176	35.8	83	16.9	10	2.0	492	100.0
ÄRZTE (G)	226	57.4	121	30.7	43	10.9	4	1.0	394	100.0
SCHWESTERN (G)	312	54.8	158	27.8	91	16.0	8	1.4	569	100.0
ÄRZTE (K)	159	66.2	58	24.2	22	9.2	1	0.4	240	100.0
SCHWESTERN (K)	158	66.1	48	20.1	32	13.4	1	0.4	239	100.0

Tab. 7: Verteilung der Teilgruppen sowie der Ärzte und Schwestern (Gesamt und Kern) nach Altersgruppen

Wie aus den beiden Tabellen hervorgeht, sind die Vpn, die der Kerngruppe angehören, d.h. die des öfteren mit sterbenden Patienten zu tun haben, in der Regel etwas jünger als die übrigen Befragten (62% gegenüber 45% in der jüngsten Altersgruppe).

(3) Arbeitsort / Spitaltypus

Gemäss dem Konzept der vorliegenden Arbeit sollten nur solche Bezugspersonen Sterbender befragt werden, die ihren Arbeitsort im Spital haben. Wie sich bei der Überprüfung der Stichprobe herausstellte (s.o. S. 83), war dies aber aus verfahrenstechnischen Gründen nicht möglich, so dass, wie die nachfolgende Tabelle zeigt, unter den Befragten auch Personen vertreten sind, die nicht im Spital arbeiten.

	STADTSPITAL		LANDSPITAL		SPITALEXT.[1] ARBEITSORT		SONSTIGER[2] ARBEITSORT		OHNE ANGABEN		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ÄRZTE	271	68.8	103	26.1	0	0.0	15	3.8	5	1.3	394	100.0
SCHWESTERN	245	43.1	139	24.4	126	22.1	49	8.6	10	1.8	569	100.0
PFARRER	17	40.5	22	52.4	0	0.0	0	0.0	3	7.1	42	100.0
GESAMT	533	53.0	264	26.3	131	13.0	61	6.1	16	1.6	1005	100.0

Tab. 8: Verteilung der Gesamtgruppe und der 3 Berufsgruppen nach Arbeitsorten

1) Kranken- und Pflegeheim (Erwachsene), Gemeindekrankenpflegestation, Schwestern- und Krankenpflegeschule

2) Kranken- und Pflegeheim (Kinder), Ärztliche Praxis, Privatpflege, Gesundheitsdienst, Mütterberatung, Ärzte-Notfall-Zentrale, Betriebssozialdienst, Versicherungsmedizin, Stadtärztlicher Dienst, Gerichtsmedizin, Schulärztlicher Dienst

Um die fast 20% aller beteiligten Vpn, die nicht im Spital tätig sind, aber sehr wohl Erfahrungen mit Sterbenden haben können, nicht unberücksichtigt zu lassen, wurden die Befragten mit spitalexternem Arbeitsort der Restgruppe zugeteilt, wobei - wie im nächsten Abschnitt erläutert wird - auch eine Reihe von Bezugspersonen zur Restgruppe zu zählen sind, obwohl sie im Spital arbeiten. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Vpn auf die Kerngruppe.

	STADTSPITAL		LANDSPITAL		SUMME	
	N	%	N	%	N	%
ÄRZTE (KERN)	160	66.7	80	33.3	240	100.0
SCHWESTERN (KERN)	144	60.3	95	39.7	239	100.0
PFARRER (KERN)	15	44.1	19	55.9	34	100.0
KERNGRUPPE (GESAMT)	319	62.2	194	37.8	513	100.0

Tab. 9: Verteilung der 3 Berufsgruppen (Kern) und der Kerngruppe nach Spitaltypen

(4) Medizinische Abteilung [1)]

Neben der Unterscheidung zwischen spitalexternem und spitalinternem Arbeitsort waren die unterschiedlichen Angaben zur Frage, in welcher medizinischen Abteilung ein Befragter tätig ist, für die Aufteilung der Gesamtstichprobe in Kern- und Restgruppe massgebend. Neben Abteilungen, auf denen des öfteren oder zumindest mit einer gewissen Regelmässigkeit Sterbende zu betreuen sind, gibt es im Krankenhaus andere Stationen, auf denen selten oder nie tödliche

1) Ordnung und Auswertung der Daten zu diesem Punkt stützen sich im wesentlichen auf Informationen von Medizinern.

Erkrankungen vorkommen bzw. über längere Zeit behandelt werden (d.h. nicht auf andere Stationen verlegt werden). Auf diese Weise ist die folgende Unterscheidung zustande gekommen:

(1) Abteilungen mit sterbenden Patienten (Kerngruppe)

- Chirurgie
- Gynäkologie
- Innere Medizin
- Übrige Abteilungen mit Sterbenden
  - Dermatologie
  - Kieferchirurgie
  - Radiotherapie
  - Neurologie
  - Onkologie
  - Urologie

Die Zusammensetzung der letztgenannten acht Abteilungen, die zahlenmässig alle zu den kleineren Departementen im Spital gehören, zur Kategorie der "Übrigen Abteilungen mit Sterbenden" besagt nichts über die absolute Häufigkeit von sterbenden Patienten auf ihnen. So kommen z.B. in der Onkologie bei weitem mehr Sterbende vor als in der Kieferchirurgie. Die Eingruppierung erfolgte vielmehr aus praktischen Gründen, weil ansonsten die zu vergleichenden Abteilungen zu ungleich gross gewesen wären.

(2) Übrige Abteilungen ohne Sterbende (Restgruppe)

- Ophthalmologie (Augenheilkunde)
- Orthopädie
- Otorhinolaryngologie (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde)
- Radiologie
- Rheumatologie

Zur Radiologie ist anzumerken, dass Ärzte und Schwestern dort zwar auch mit todkranken Patienten zu tun haben, aber immer nur kurze Zeit und nur zu diagnostischen Zwecken.

(3) Abteilungen mit Sterbenden, die nicht ohne weiteres mit den unter (1) genannten Abteilungen vergleichbar sind (Restgruppe)

- Anästhesie
- Geriatrie/Psychiatrie
- Intensivstation/Operation/Notfall

Die Probleme, die in Zusammenhang mit Patienten aus diesen Abteilungen entstehen, sind z.T. so speziell, dass sie in dieser Arbeit von den Sorgen anderer Sterbender getrennt behandelt werden.

(4) Restkategorie

In dieser Gruppe sind alle externen Arbeitsorte und solche spitalinternen Arbeitsorte zusammengefasst, die zu keiner der oben genannten Kategorien gehören.

- Spitalexterne Arbeitsorte (s.o. S. 88f.)
- Sonstige spitalinterne Abteilungen
  - Geburtshilfe
  - Pädiatrie
  - Pathologie

Berücksichtigt man nur die Vpn, die zur Kerngruppe gehören, ergibt sich folgendes Bild:

	ÄRZTE		SCHWESTERN	
	N	%	N	%
CHIRURGIE	56	23.3	62	26.0
GYNÄKOLOGIE	25	10.4	18	7.5
INNERE MEDIZIN	103	42.9	81	33.9
ÜBRIGE ABT. MIT STERBENDEN	18	8.0	21	8.8
OHNE ANGABEN[1]	38	15.8	57	23.8
SUMME	240	100.0	239	100.0

Tab. 10: Verteilung der Ärzte und Schwestern (Kern) nach medizinischen Abteilungen

[1] Diese Gruppe besteht aus Bezugspersonen, die zwar im Spital arbeiten, aber keine Angaben zu ihrer speziellen Tätigkeit gemacht haben.

Aus der Tabelle geht hervor, dass die Mitarbeiter, die in der Inneren Medizin arbeiten, die relativ grösste Gruppe unter den vertretenen Abteilungen sind. Dies trifft auch für die Gesamtgruppe zu (N=686). Die Restgruppe umfasst die ungewöhnlich grosse Zahl von 319 Vpn, die sich vor allem aus der relativ grossen Anzahl von Befragten erklärt, die hier keine Angaben gemacht haben, und der Tatsache, dass das zur Verfügung stehende Adressmaterial nicht zwischen Bezugspersonen, die mit erwachsenen Patienten, und solchen, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, differenzierte.

(5) Berufliche Position

Der nachfolgenden Aufteilung liegt bei Ärzten und Schwestern die im Spital übliche Hierarchie zugrunde. Wie die folgende Tabelle zeigt, war die Zuordnung bei den Medizinern problemlos.

ASSISTENZ-ARZT		OBER- UND LT. ARZT		CHEFARZT		SONSTIGER ARZT		OHNE ANGABE		SUMME	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
230	58.4	112	28.4	44	11.2	7	1.8	1	0.2	394	100.0

Tab. 11: Verteilung der Ärzte (Gesamt) nach beruflichen Positionen

Zur Gruppe der Ober- und Leitenden Ärzte werden auch die Belegärzte (N=5) gezählt, während mit den "Sonstigen Ärzten" Haus-, Schul- und Versicherungsärzte gemeint sind, d.h. Mediziner, die nicht im Spital arbeiten und deshalb nicht zur Kerngruppe der Befragten zu zählen sind.

Bei den Schwestern zeigt sich erneut, dass unter den Angeschriebenen ein grösserer Teil ausserhalb des Spitals arbeitet.

SCHWESTER		STATIONS-SCHWESTER		OBER- UND LT. SCHWESTER		GEMEINDEKRANKEN-SCHWESTER	
N	%	N	%	N	%	N	%
263	46.2	102	17.9	64	11.2	32	5.6

SCHUL-SCHWESTER		SONSTIGE SCHWESTER		OHNE ANGABE		SUMME	
N	%	N	%	N	%	N	%
69	12.1	29	5.1	10	1.8	569	100.0*

Tab. 12: Verteilung der Schwestern (Gesamt) nach beruflichen Positionen
* Aufgerundete Summe

In der Gesamtgruppe der Schwestern sind bei den Ober- und Leitenden Schwestern auch die Leiterinnen von Alten- und Pflegeheimen vertreten. Zu den Schulschwestern werden auch die Leiterinnen von Krankenpflegeschulen gezählt. Zur Gruppe der "Sonstigen Schwestern" gehören Schwestern, die in verschiedenen Positionen innerhalb und ausserhalb des Spitals tätig sind (s.o. S. 90f.: Arbeitsort (Restkategorie)). Zur Kerngruppe werden wiederum nur

die Vpn des Pflegepersonals gezählt, deren Arbeitsort das Spital ist, so dass dort nur die ersten drei Positionen vorkommen:

- Schwester	N=152	63.6%
- Stationsschwester	N= 63	26.4%
- Ober- und Lt. Schwester	N= 24	10.1%
	N=239	100.0%

Erwartungsgemäss sind in der Stichprobe bei Schwestern und Ärzten die jeweils untersten beruflichen Positionen (Schwester bzw. Assistenzarzt) am häufigsten vertreten. Diese beiden Laufbahnstufen bilden im Spital auch tatsächlich die grössten Gruppen. Infolge fehlender Information zur Zusammensetzung der Population ist es nicht möglich zu sagen, ob die Beteiligung dieser beiden und der übrigen beruflichen Positionen die tatsächlichen numerischen Verhältnisse im Krankenhaus widerspiegelt bzw. ob es Unter- oder Überrepräsentanzen gibt.

Bei den Spitalpfarrern konnte eine einfache Unterteilung der beruflichen Position zwischen Vollzeittätigkeit und Teilzeittätigkeit im Spitaldienst gewählt werden. In die zweite Gruppe werden auch jene Pfarrer eingeordnet, die neben ihrer Spitaltätigkeit noch in einer Kirchgemeinde arbeiten. (Gemeint sind damit allerdings nicht solche Theologen, die Pfarrer einer Kirchgemeinde sind und im Rahmen dieser Arbeit auch im Spital ihrer Region gelegentlich bei kranken Mitgliedern ihrer Gemeinde Besuche machen.)

- Vollzeittätigkeit	N=12	28.6%
- Teilzeittätigkeit	N=30	71.4%
	N=42	100.0%

(6) Kontakt mit sterbenden Patienten

Im Unterschied zu den bisher beschriebenen Variablen handelt es sich bei diesem Item im strengen Sinne nicht um eine unabhängige Variable. Geht es doch bei der Frage nach der Kontakthäufigkeit um die subjektive Einschätzung, wie oft eine Bezugsperson in ihrer Arbeit mit sterbenden Patienten zu tun hat. Selbst wenn die hier vorgegebene 5er-Skalierung ("sehr selten" bis "sehr oft") numerisch verankert gewesen wäre (z.B. "sehr oft" = 30% aller auf

einer Abteilung durchschnittlichen liegenden Patienten sind Sterbende; oder Kontakt mit mehr als 25 sterbenden Patienten pro Jahr; oder an 75 Tagen pro Jahr mit mindestens einem Sterbenden in Berührung gekommen)[1], hätte die Beurteilung eine gewisse Subjektivität behalten, da wohl kaum eine Bezugsperson über die Anzahl ihrer Begegnungen mit Sterbenden ganz genau Bescheid weiss, und da die Selbsteinschätzung sehr von Vergleichswerten anderer Abteilungen oder früheren Erfahrungen in anderen Tätigkeitsbereichen abhängig ist.

Der Frage nach der Kontakthäufigkeit lag ursprünglich die gleiche 5er-Skalierung zugrunde, wie sie sich bei der Einschätzung der Problem-Häufigkeiten findet (s.o. S. 84). Zwecks leichterer Vergleichbarkeit wurde sie auf drei Stufen reduziert: niedrig ("sehr selten" und "selten"), mittel ("manchmal"), hoch ("oft" und "sehr oft").

	NIEDRIG		MITTEL		HOCH		OHNE ANGABE		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GESAMTGRUPPE	191	19.0	234	23.3	457	45.5	123	12.2	1005	100.0
KERNGRUPPE	59	11.5	143	27.9	303	59.0	8	1.6	513	100.0
RESTGRUPPE	132	26.8	91	18.5	154	31.3	115	23.4	492	100.0

Tab. 13: Verteilung der Teilgruppen nach Häufigkeit des Kontaktes mit sterbenden Patienten

Es zeigt sich, dass die Kerngruppe deutlich mehr Kontakt mit Sterbenden hat als die Restgruppe. Dies entspricht dem Komzept der oben beschriebenen Unterscheidung der Gesamtgruppe in die beiden Teilgruppen.

In Tab. 14 auf der nächsten Seite werden die drei Berufsgruppen (Kern) miteinander verglichen. Die Gruppe der Pfarrer weicht hier - ähnlich wie beim Alter - von den beiden anderen Gruppen ab, weil es wegen der geringen Anzahl von Vpn bei der Kategorie "niedriger Kontakt" (N=5) sinnvoll war, die Aus-

1) Die verschiedenen Formulierungen weisen auch auf die bei der Skalierung der Problem-Häufigkeiten begegnenden Schwierigkeiten hin.

prägungen "niedrig" und "mittel" zusammenzufassen, was natürlich keine exakte Vergleichbarkeit mit Schwestern und Ärzten mehr erlaubt. Trotzdem soll hier auf eine separate Behandlung verzichtet werden.

	NIEDRIG		MITTEL		HOCH		OHNE ANGABE		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ÄRZTE	26	10.8	74	30.8	137	57.1	3	1.3	240	100.0
SCHWESTERN	32	13.4	54	22.6	148	61.9	5	2.1	239	100.0
PFARRER	--	--	16	47.1	18	52.9	0	0.0	34	100.0

Tab. 14: Verteilung der 3 Berufsgruppen (Kern) nach Häufigkeit des Kontaktes mit sterbenden Patienten

(7) Gesamt-, Kern- und Restgruppen

Die bereits mehrfach erwähnte Unterteilung der Stichprobe (N=1005) in eine Kerngruppe (N=513) und eine Restgruppe (N=492) soll hier noch einmal exakt beschrieben und muss zudem um ein weiteres Kriterium ergänzt werden. Mit Kerngruppe sind jene Ärzte, Schwestern und Pfarrer gemeint, die aufgrund ihrer beruflichen Position, ihres Arbeitsortes und der medizinischen Abteilung, in der sie tätig sind, regelmässig mit sterbenden Patienten zu tun haben. Als weiteres Kriterium für die Unterscheidung zwischen Kern- und Restgruppe wurde das Antwortverhalten der Vpn hinzugenommen. Im Rahmen der von der Tätigkeit gegebenen Differenzierung wurden nur solche Vpn in die Kerngruppe genommen, die bei den vorgegebenen 20 Problemen mindestens eine Antwort gegeben oder die Alternativ-Antwort angekreuzt haben, wonach sie aus bestimmten Gründen keine Angabe zu den Problemen sterbender Patienten machen können (vgl. Item 40 im Fragebogen: Anhang A 1/4).

Demnach gehören zur Restgruppe der Stichprobe alle Ärzte, Schwestern und Pfarrer, die nicht in einem Spital arbeiten; die im Spital arbeiten, aber auf einer Abteilung oder in einer Funktion, in der sie selten oder nie mit sterbenden Patienten in Berührung kommen; die im Spital auf einer Abteilung arbeiten, auf der todkranke Patienten regelmässig oder sogar häufig vor-

kommen, deren Interaktion aufgrund der Art ihrer Erkrankung aber sehr speziellen Bedingungen unterliegt; die im Spital arbeiten, auf der regelmässig sterbende Patienten - unter "normalen" Bedingungen - vorkommen, die aber weder zu den vorgegebenen Problemen noch zur Alternativantwort des Fragebogens Stellung bezogen haben. - Warum diese letzte Untergruppe (N=224) innerhalb der Restgruppe an der Befragung überhaupt teilgenommen hat, lässt sich nur vermuten. Ein Grund könnte ein generelles Interesse an der Themenstellung sein, obwohl oder gerade weil die Betreffenden zum Thema nichts zu sagen haben.

1.4 Ergebnisse

1.4.1 VORBEMERKUNG

Die Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung erfolgt nach einem gleichbleibenden Schema. Zum einen wird unterschieden zwischen der Gesamtstichprobe und den sich aus ihr ergebenden Teilstichproben (Kern- und Restgruppe). Zum anderen wird nach den drei Berufsgruppen differenziert. Die Kombination beider Einteilungsprinzipien ergibt folgende 12 Gruppierungen:

	GESAMT	ÄRZTE	SCHWESTERN	PFARRER
GESAMTGRUPPE	Gesamt (Gesamt)	Ärzte (Gesamt)	Schwestern (Gesamt)	Pfarrer (Gesamt)
KERNGRUPPE	Kern (Gesamt)	Ärzte (Kern)	Schwestern (Kern)	Pfarrer (Kern)
RESTGRUPPE	Rest (Gesamt)	Ärzte (Rest)	Schwestern (Rest)	Pfarrer (Rest)

Tab. 15: Gruppen der Gesamtstichprobe nach Teil- und Berufsgruppen gegliedert

Von diesen 12 Gruppen wird die Restgruppe der Pfarrer wegen ihrer geringen Grösse (N=8) nicht berücksichtigt.

Leider muss über die gesamte Studie mit unterschiedlichem N bei Gesamt-, Kern- und Restgruppen operiert werden, je nachdem ob es sich um jeweils alle Vpn der jeweiligen Gruppe oder nur um die handelt, die zu den Problemen Stellung bezogen haben. Die folgende Tabelle zeigt die unterschiedlichen Grössen der 12 Gruppen.

	ÄRZTE N	ÄRZTE %	SCHWESTERN N	SCHWESTERN %	PFARRER N	PFARRER %	SUMME N	SUMME %
GESAMTGRUPPE								
- Total	394	100.0	569	100.0	42	100.0	1005	100.0
- Problembezogen	277	70.3	411	72.2	36	85.7	724	72.0
KERNGRUPPE								
- Total	240	100.0	239	100.0	34	100.0	513	100.0
- Problembezogen	211	87.9	213	89.1	32	94.1	456	88.9
RESTGRUPPE								
- Total	154	100.0	330	100.0	8	100.0	492	100.0
- Problembezogen	66	42.9	198	60.0	4	50.0	268	54.5

Tab. 16: Anzahl Vpn der 3 Berufsgruppen nach Teilgruppen und Antwortverhalten gegliedert

Im folgenden wird immer wieder von höheren und tieferen Werte die Rede sein. Es sei bereits an dieser Stelle darauf verwiesen, dass mit diesen Bezeichnungen keine Qualitätsurteile gemeint sind. Da die schriftliche Umfrage für sich genommen und ohne Vergleich mit den Aussagen der Patienten ohne Verankerung ist, können ihre Ergebnisse nicht anders als auf diese Weise, d.h. durch Vergleiche zwischen den Daten der Umfrage bzw. den Untergruppen der Befragten, strukturiert werden.

1.4.2 WELCHE PROBLEME HABEN STERBENDE PATIENTEN NACH ANSICHT IHRER BEZUGSPERSONEN?

a. Wie oft kommen die Probleme bei sterbenden Patienten vor?

Die befragten Ärzte, Schwestern und Pfarrer hatten die Aufgabe, die vorgegebenen 20 Probleme auf einer von "sehr selten" (1) bis "sehr oft" (5) reichenden Skala nach Häufigkeit ihres Vorkommens bei sterbenden Patienten zu beurteilen. Aus den sich auf diese Weise ergebenden 20 Werten pro Vp lässt sich ein Gesamtwert über alle Vpn (Gesamt-Problembewusstsein (GPB)) errechnen, der einen ersten Eindruck vom Antwortverhalten der Befragten und von der Bedeutung vermittelt, die sie den Sorgen der Patienten geben.[1)]

1) Dieser Wert ist wegen der bei jedem Problem unterschiedlichen Anzahl von Antworten nicht identisch mit dem ungewichteten Mittelwert aller 20 Probleme (P1-20), wenn auch keine grossen Unterschiede zwischen beiden Werten bestehen.

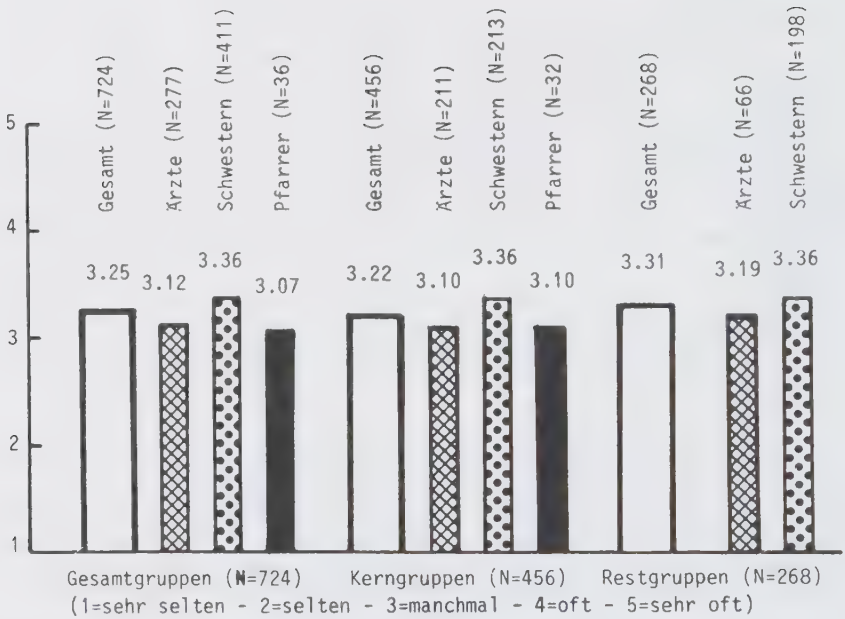


Abb. 1: Gesamt-Problembewusstseinswerte in allen Teil- und Berufsgruppen (Gesamt)[1)]

Aus der Abbildung geht folgendes hervor:

- Gemessen am Durchschnitt aller befragten Bezugspersonen (Gesamt (Gesamt)) kommen die 20 vorgegebenen Probleme bei sterbenden Patienten im allgemeinen etwas häufiger als "manchmal" vor. Wollte man die Beurteilungsskala einer von 0 bis 100 reichenden Prozentskala zuordnen, wobei man "sehr selten" mit "nie" (= 0%) und "sehr oft" mit "immer" (= 100%) gleichsetzen müsste[2)], ergäbe sich, dass ein Patient nach Ansicht seiner Bezugspersonen im Durchschnitt eine Gesamtbelastung von 56% (≙ 3.25) erlebt.

---

1) Die Säulenbreiten in der Abbildung entsprechen nicht dem jeweiligen N, sondern sind hier und in den folgenden Abbildungen zwischen den drei Berufsgruppen gleichgehalten, um bei ständig wechselnden Gruppengrössen nicht Verwirrung zu stiften.

2) Diese Gleichsetzung ist nicht unproblematisch. Allerdings lässt eine Reihe von Kommentaren der Befragten darauf schliessen, dass die Skala weithin so verstanden worden ist.

- Die Unterschiede in der Gesamtbeurteilung zwischen den Kern- und Restgruppen sind, obwohl sehr signifikant ($p \leq 0.01$), nicht gross (Gesamt: 3.22 vs. 3.31).

- Auch die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind gering, obwohl ebenfalls hochsignifikant (Gesamt- und Kerngruppen: $p \leq 0.001$). Ärzte, Schwestern und Pfarrer beurteilen also gesamthaft gesehen die Probleme der Patienten recht ähnlich.

- Die Restgruppe, d.h. die Gruppe der Vpn, die in ihrer Arbeit wenig, gar keinen oder nur einen sehr speziellen Kontakt mit Sterbenden haben, schätzt die Problematik der Patienten höher ein als die Kerngruppe, die regelmässig und öfter mit Todkranken zu tun hat.

- Nach Berufen unterschieden liegt der Gesamt-Problemwert der Schwesterngruppen, verglichen mit dem aller anderen Gruppen, immer am höchsten (jeweils 3.36 ≙ 59%). Danach folgt die Gruppe der Ärzte (Gesamt: 3.12 ≙ 53%; Kern: 3.10; Rest: 3.19). Am niedrigsten werden die Probleme der Patienten von den Pfarrern eingeschätzt (Gesamt: 3.07 ≙ 52%; Kern: 3.10).

b. Häufige, weniger häufige und seltene Probleme

Die folgende Abbildung auf der nächsten Seite zeigt die 20 Probleme, geordnet nach der Häufigkeit in der Kerngruppe (Gesamt) (vgl. auch Untergruppen-Tab. 3 im Anhang D 5/1). Danach steht die Frage "Warum trifft es gerade mich?" (P12) mit einem Mittelwert von 4.06 (≙ 76.5%) an der Spitze aller Probleme, gefolgt von der Frage "Wie lange werde ich noch leiden müssen?" (P6: 4.02 ≙ 75.5%) und der Feststellung "Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen" (P5: 4.00 ≙ 75.0%). Als die am seltensten auftretenden Probleme werden genannt: "Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt" (P18: 2.65 ≙ 41.3%); "Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde" (P4: 2.38 ≙ 34.5%) und "Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht" (P7: 1.99 ≙ 24.8%). - Es zeigt sich, dass dem oben erwähnten Gesamt-Problemwert (GPB) für die Kerngruppe (3.22) Mittelwerte bei den Problemen zugrunde liegen, die von 4.06 bis 1.99

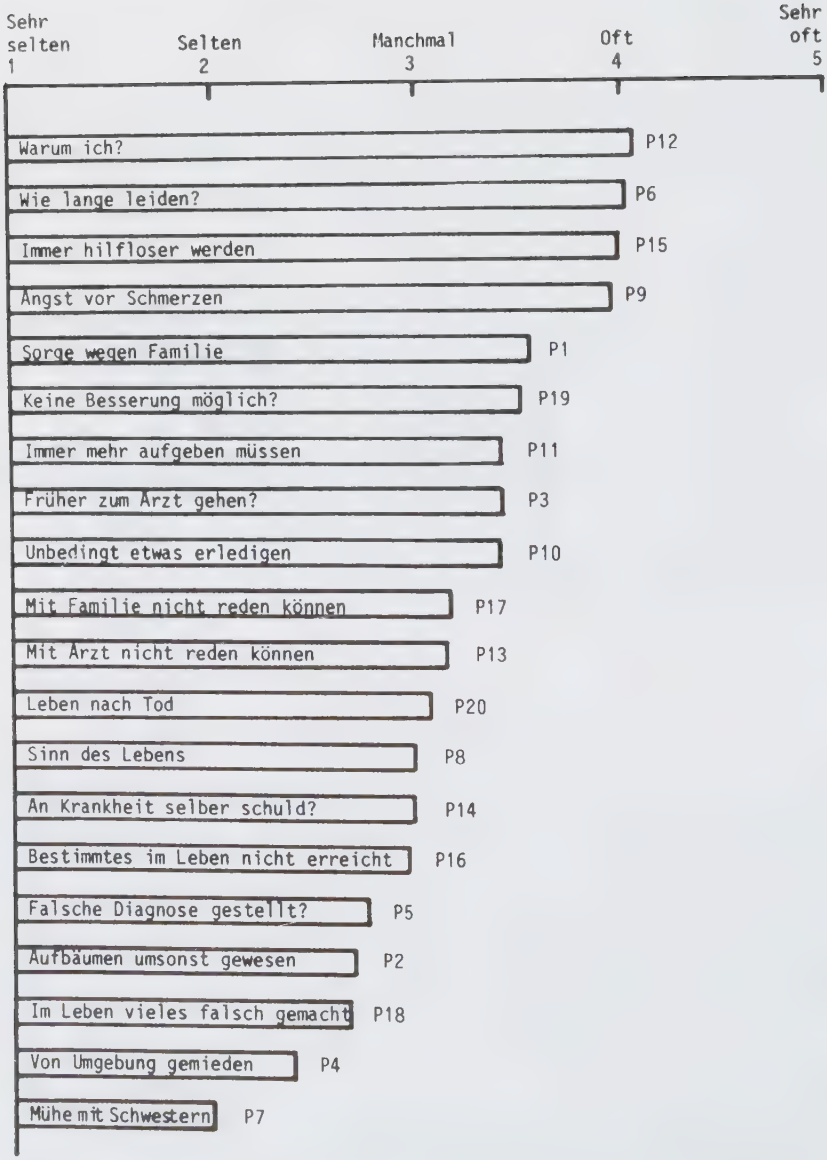


Abb. 2: Rangordnung der Mittelwerte der Kerngruppe (Gesamt) (N=456) bei den 20 Problemen

reichen, was bedeutet, dass die 20 Probleme nach Ansicht der Bezugspersonen bei Sterbenden zwischen "selten" und "oft" vorkommen.

Vergleicht man die Aussagen der drei Berufsgruppen innerhalb der Kerngruppe über die 20 Probleme, ergibt sich folgendes Bild (vgl. Abb. 4 auf der nächsten Seite und die dazu gehörige folgende Tabelle):

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
ÄRZTE	N	206	186	205	186	196	201	194	175	204	201
	$\bar{x}$	3.41	2.59	3.38	2.40	2.73	3.91	2.04	2.78	3.73	3.23
	s	1.04	1.07	1.11	1.05	1.17	1.00	0.90	1.12	1.04	0.93
SCHWESTERN	N	206	186	202	188	197	207	178	180	208	206
	$\bar{x}$	3.66	2.77	3.49	2.37	2.81	4.14	2.00	3.18	4.24	3.63
	s	1.00	1.10	1.02	1.09	1.17	0.90	0.91	1.08	0.93	0.94
PFARRER	N	30	25	27	27	29	29	27	30	29	30
	$\bar{x}$	3.57	2.60	2.93	2.37	2.14	3.93	1.56	3.00	3.59	2.93
	s	0.94	1.15	1.11	1.11	0.99	1.00	0.75	1.23	0.95	1.14
	P	ns	ns	*	ns	*	*	*	**	***	***

		P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
ÄRZTE	N	179	200	165	202	199	185	190	185	199	159
	$\bar{x}$	3.22	3.79	2.87	3.05	3.76	2.72	3.05	2.47	3.47	2.86
	s	1.07	0.96	1.05	1.09	0.94	0.99	0.92	0.92	0.97	1.17
SCHWESTERN	N	196	208	198	195	205	184	196	189	203	186
	$\bar{x}$	3.58	4.30	3.40	2.90	4.24	2.95	3.33	2.81	3.67	3.23
	s	0.95	0.87	1.18	1.03	0.75	1.01	0.94	1.00	0.98	1.12
PFARRER	N	31	30	28	29	31	28	29	30	28	29
	$\bar{x}$	3.58	4.23	3.18	3.03	3.90	2.82	2.93	2.80	2.82	3.28
	s	0.92	1.01	1.28	1.05	0.79	1.02	0.92	0.96	1.02	0.88
	P	**	***	***	ns	***	ns	**	**	***	**

Tab. 17: Anzahl Antworten, Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzen der Kerngruppe der Ärzte, Schwestern und Pfarrer bei den 20 Problemen

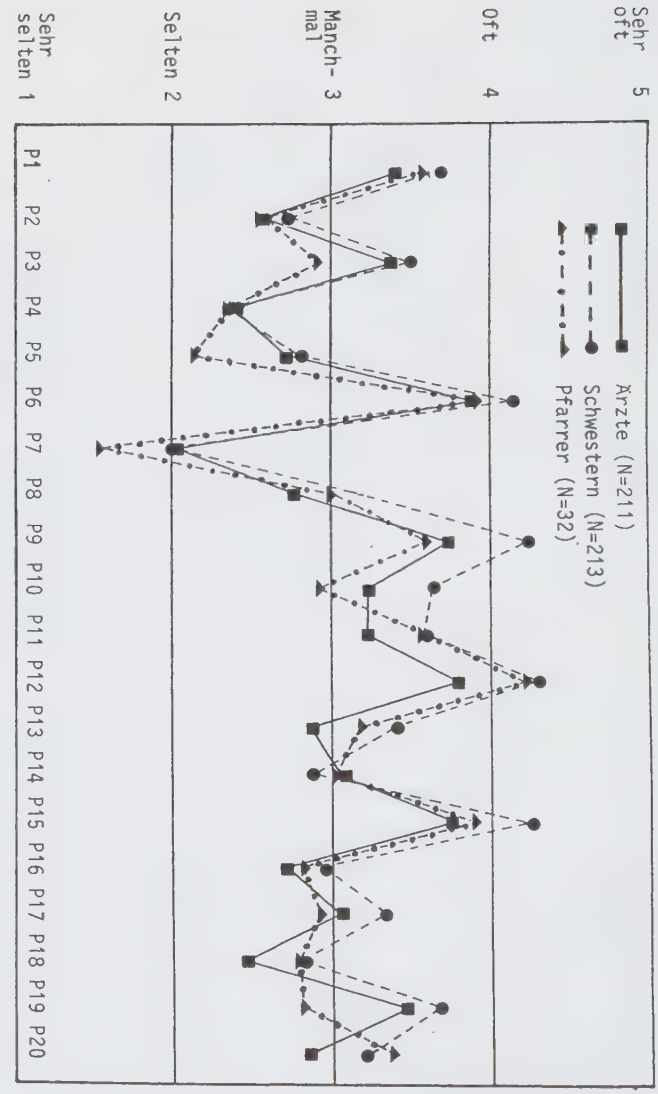


Abb. 3: Verteilung der Mittelwerte der Kerngruppen der Ärzte, Schwestern und Pfarrer bei den 20 Problemen

Wie beim Vergleich der Gesamt-Problemwerte zeigt sich auch hier, dass die Unterschiede zwar meist signifikant sind, was mit der grossen Anzahl von Vpn

bei Ärzten und Schwestern zusammenhängt, aber dennoch nicht sehr gross. Die grössten Unterschiede zeigen sich bei folgenden Problemen ($p \leq 0.001$).

	ÄRZTE	SCHWESTERN	PFARRER
P9 (Angst vor Schmerzen)	3.73	4.24	3.59
P10 (Unbedingt etwas erledigen)	3.23	3.63	2.93
P12 (Warum ich?)	3.79	4.30	4.34
P13 (Mit Arzt nicht reden können)	2.87	3.40	3.18
P15 (Immer hilfloser werden)	3.76	4.24	3.90
P19 (Keine Besserung möglich?)	3.47	3.67	2.82

Die geringsten Unterschiede ($p > 0.05$) finden sich bei:

P4 (Von Umgebung gemieden)	2.40	2.37	2.37
P14 (An Krankheit selber schuld?)	3.05	2.90	3.03

Als die drei häufigsten Probleme werden genannt:

ÄRZTE	SCHWESTERN	PFARRER
P6 (Wie lange leiden?) (3.91)	P12 (Warum ich?) (4.30)	P12 (Warum ich?) (4.23)
P12 (Warum ich?) (3.79)	P15 (Immer hilfloser werden) (4.24)	P6 (Wie lange leiden?) (3.93)
P15 (Immer hilfloser werden) (3.75)	P9 (Angst vor Schmerzen) (4.24)	P15 (Immer hilfloser werden) (3.90)

Wie ähnlich die Beurteilung der Probleme bei den Bezugspersonen ist, zeigen die Rang- und Masskorrelationswerte der Berufsgruppen:

SPEARMANS RHO	Ä	SR	PFR
Ä			
SR	.95		
PFR	.83	.87	

PEARSONS R	Ä	SR	PFR
Ä			
SR	.97		
PFR	.85	.90	

Tab. 18: Rang- und Masskorrelationswerte der Kerngruppen von Ärzten, Schwestern und Pfarrern

Nimmt man den Rho-Wert als den von der Datenstruktur her zuverlässigeren Wert, so ergibt sich eine Varianzaufklärung von 89.6% (Ärzte-Schwestern), 68.6% (Ärzte-Pfarrer) und 76.5% (Schwestern-Pfarrer).

Die Gruppe der Schwestern hat bei 16 der 20 Probleme den höchsten Mittelwert (bei P11 mit dem der Pfarrer identisch). Bei P4 (Von Umgebung gemieden), P7

(Mühe mit Schwestern) und P14 (An Krankheit selber schuld?) haben die Ärzte den höchsten Wert, bei P20 (Leben nach Tod) die Pfarrer.

c. Die Gruppierung von Problemen zu Faktoren

Eine 2- bis 6-fache Faktorenanalyse nach dem Varimax-Rotations-Prinzip ergab, dass sich die Daten inhaltlich am sinnvollsten durch die Extraktion von drei Faktoren zusammenfassen lassen:

FAKTOR 1: Eigenwert: 4.59 Erklärte Varianz: 22.9%

	Ladung
P15 (Immer hilfloser werden)	.65
P11 (Immer mehr aufgeben müssen)	.63
P6 (Wie lange leiden?)	.53
P1 (Sorgen wegen Familie)	.50
P9 (Angst vor Schmerzen)	.50
P16 (Bestimmtes nicht erreicht)	.44
P18 (Im Leben vieles falsch gemacht)	.40

Dieser Faktor soll "Resignation" genannt werden, da die aufgeführten Sorgen voraussetzen, dass sich der Patient mit seiner Situation abgefunden hat.

FAKTOR 2: Eigenwert: 1.46 Erklärte Varianz: 7.3%

	Ladung
P12 (Warum ich?)	.63
P19 (Keine Besserung möglich?)	.61
P3 (Früher zum Arzt?)	.60
P14 (An Krankheit selber schuld?)	.58
P5 (Falsche Diagnose?)	.56

Die in diesen Sorgen angeschnittenen Themen lassen sich als "Zweifel" umschreiben: Der Patient hat sich - im Unterschied zu den Problemen von Faktor 1 - noch nicht mit der Endgültigkeit seiner Lage abgefunden. Er fragt sich, ob es wirklich so hätte kommen müssen bzw. ob nicht doch noch eine Wende zum Guten eintreten könnte.

FAKTOR 3: Eigenwert: 1.33 Erklärte Varianz: 6.7%

		Ladung
P4	(Von Umgebung gemieden)	.70
P7	(Mühe mit Schwestern)	.69
P13	(Mit Arzt nicht reden können)	.55
P17	(Mit Familie nicht reden können)	.46

Bei diesem Faktor geht es augenscheinlich um die "Interaktion" des Sterbenden mit seiner Umwelt.

Vergleicht man die Mittelwerte der Faktoren in den drei Berufsgruppen, hat Faktor 1 (Resignation) jeweils den höchsten und Faktor 3 (Interaktion) jeweils den tiefsten Wert. Bei den Kerngruppen liegen die Werte entsprechend (z.B. Kern (Gesamt): Faktor 1: 3.51 ≙ 62.8%; Faktor 2: 3.33 ≙ 58.3%; Faktor 3: 2.66 ≙ 41.5%). Nach übereinstimmender Meinung von Ärzten, Schwestern und Pfarrern ist also die mit der Resignation des Patienten verbundene Problematik grösser als die sich aus dem Zweifel ergebenden Fragen. Beide Themenkreise beschäftigen weit mehr als die Hälfte aller Patienten, während die mit der Interaktion gegenüber den nächsten Bezugspersonen verbundenen Sorgen nur in gut 40% eine Rolle spielen.

d. Eindeutigkeit und Beurteilbarkeit der Probleme

1. Fehlende Antworten

Mit der zentralen Fragestellung des Fragebogens nach der Häufigkeit des Vorkommens der 20 vorgegebenen Probleme ist indirekt auch die Frage gestellt, ob der genannte Problemkatalog ein praktikables Instrument ist, um die Situation sterbender Spitalpatienten zu erfassen. Eine Antwort auf diese Frage lässt sich zum einen aus den bei P1-20 gegebenen Antworten ablesen: Probleme, die im Beurteilungsfeld zwischen "sehr selten" und "sehr oft" nahe bei "sehr selten" eingeschätzt werden, haben nach Ansicht der Befragten nur eine geringe, solche sie sich dem Pol "sehr oft" nähern, eine grosse Bedeutung, wobei natürlich der gesamte Einschätzungsspielraum, den sich die Vpn genommen haben (Minimum, Maximum, Mittelwerte, Streuung) berücksichtigt werden muss.

Eine zweite Möglichkeit, die Praktikabilität des Problemkatalogs festzustellen, bietet die Überprüfung des Verhältnisses von gegebenen und nicht gegebenen Antworten bei den 20 Problemen. Gleichzeitig können dabei Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Beurteilern festgestellt und interpretiert werden. Dabei kann man die fehlenden Angaben und die Antwort "Kann ich nicht beurteilen" zusammennehmen, weil der Unterschied in der Bedeutung dieser beiden Kategorien rückblickend als gering zu bezeichnen ist. Auf diese Weise ist es möglich, eine Rangordnung der Beurteilbarkeit der Probleme aufzustellen. Am leichtesten einzuschätzen, d.h. mit der geringsten Ausfallquote bzw. der höchsten Antwortquote versehen, sind folgende Probleme (Gesamtgruppe):

	Ausfallquote
P9 (Angst vor Schmerzen)	30.2%
P1 (Sorge wegen Familie)	30.8%
P12 (Warum ich?)	30.9%
P6 (Wie lange leiden?)	31.3%
P15 (Immer hilfloser werden)	31.6%

Am schwierigsten zu beurteilen sind folgende Probleme:

	Ausfallquote
P20 (Leben nach Tod)	39.5%
P2 (Aufbäumen umsonst gewesen)	39.2%
P8 (Sinn des Lebens)	38.8%
P7 (Mühe mit Schwestern)	38.3%
P16 (Bestimmtes nicht erreicht)	37.9%

Die durchschnittliche Ausfallquote aller 20 Probleme beträgt 34.8%.

Gravierende Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Werten allerdings nicht ableiten. Dazu sind die Unterschiede mit einer Variationsbreite von 30.2% bis 37.9% Ausfallquote zu gering. Immerhin ergeben sich gewisse Hinweise, die zusammen mit anderen Erkenntnissen aus den Daten Interpretationen zulassen (s.u. S. 137ff.). Schon jetzt sei angemerkt, dass der Begriff "Beurteilbarkeit" zu differenzieren ist, da es unter den 20 Problemen Formulierungen gibt, die bestimmte Vpn mehr als andere betreffen (z.B. P7: Mühe mit Schwestern), was eine überdurchschnittlich hohe Ausfallquote in einem anderen Licht erscheinen lässt (z.B. bewusste Zurückhaltung bei der Beurteilung des eigenen Berufsstandes).

Die folgende Tabelle bringt eine Übersicht über die Ausfallquoten der wichtigsten Gruppen über alle 20 Probleme. Aus ihr ist ersichtlich, dass die jeweilige Kerngruppe eine deutlich geringere Ausfallquote als die Gesamtgruppe (z.B. bei den Ärzten Reduktion von 36.4 auf 20.5%) und eine noch geringere als die Restgruppe hat. Demnach sind sich die Vpn, die regelmässig Kontakt mit Sterbenden haben, in der Beurteilung der Sorgen der Patienten viel sicherer als die übrigen Befragten.

GESAMTGRUPPE	34.8%	PFARRER (GESAMT)	21.9%
KERNGRUPPE	19.0%	ÄRZTE (KERN)	20.5%
RESTGRUPPE	51.4%	SCHWESTERN (KERN)	18.0%
ÄRZTE (GESAMT)	36.4%	PFARRER (KERN)	15.3%
SCHWESTERN (GESAMT)	34.7%		

Tab. 19: Ausfallquoten bei den 20 Problemen in den Teilgruppen und den 3 Berufsgruppen (Gesamt und Kern)

Im Vergleich zwischen den drei Berufsgruppen (Kern) haben die Pfarrer die grösste Sicherheit in der Einschätzung der Patienten.

2. Bemerkungen zu den Problemen

"Wenn Sie der Meinung sind, dass bestimmte Probleme nur auf ganz bestimmte Patienten zutreffen, notieren Sie den spezifischen Bezug am Rand in der entsprechenden Rubrik..." Mit diesem Satz wurden die Bezugspersonen aufgefordert, zur Allgemeingültigkeit der vorgegebenen Probleme Stellung zu nehmen. Von dieser Möglichkeit wurde insgesamt 478 mal Gebrauch gemacht, was bei einem Total von 13 096 Problemantworten einen Prozentsatz von 3.6 ausmacht, d.h. pro Problem wurde im Durchschnitt in vier von 100 Fällen eine Bemerkung gemacht. Nach Berufsgruppen (Gesamt) geordnet zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 20 auf der nächsten Seite).

Bis auf wenige Ausnahmen, wo zu einem Problem zwei oder maximal drei inhaltlich verschiedene (und dementsprechend verschieden kodierte) Bemerkungen

	ANZAHL VPN N	ANZAHL VPN %	ANZAHL BEMERKUNGEN N	ANZAHL BEMERKUNGEN %
ÄRZTE	277	100.0	155	56.0
SCHWESTERN	411	100.0	299	72.7
PFARRER	36	100.0	24	66.7
SUMME	724	100.0	478	66.0

Tab. 20: Anzahl Bemerkungen in den 3 Berufsgruppen (Gesamt: problembezogen) zu den 20 Problemen

gemacht wurden, ist pro Problem jeweils nur eine Einschränkung angegeben. Bei einer Quote von einer Bemerkung pro Vp ergibt sich ein relativ hoher Prozentsatz von Befragten mit Einschränkungen der Problemgültigkeit. Tatsächlich aber ist ihre Zahl sehr viel geringer, da viele Vpn zu mehr als einem Problem, in manchen Fällen auch zu allen 20 Problemen (z.B. in einer einzigen sich auf alle genannten Sorgen beziehenden Form), Stellung genommen haben. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass die Bezugspersonen, die der Meinung waren, den Gültigkeitsbereich der Probleme eingrenzen zu sollen, eine Ausnahme darstellen.

Interessanter ist die Frage, an welchen Stellen und mit welchem Inhalt Bemerkungen gemacht wurden. Die Bemerkungen wurden dazu in neun Inhaltskategorien zusammengefasst (s. Tab. 21 auf der folgenden Seite; eine genauere Gliederung mit Unterkategorien findet sich im Anhang D 1/2). Danach zu urteilen, spielt das Alter eines Patienten bei weitem die grösste Rolle für Inhalt, Art und Weise sowie Häufigkeit seiner Sorgen, gefolgt von der Frage, in welcher Phase seines Sterbeprozesses er sich befindet, und welcher Art seine Krankheit ist.

Am meisten Bemerkungen wurden gemacht zu:

	BEMERKUNGEN N	BEMERKUNGEN %
P1 (Sorge wegen Familie)	138	28.9
P16 (Bestimmtes nicht erreicht)	41	8.6
P5 (Falsche Diagnose?)	34	7.1
P10 (Unbedingt etwas erledigen)	31	6.5
P4 (Von Umgebung gemieden)	28	5.9

INHALT DER BEMERKUNG	N	%
Alter	187	39.1
Phase der Erkrankung	78	16.3
Art der Erkrankung	52	10.9
Familienstand	49	10.3
Geschlecht	33	6.9
Verlauf der Erkrankung	29	6.1
Lebensstil	26	5.4
Familiäre Situation	18	3.8
Kommunikation	6	1.3
	478	100.0

Tab. 21: Bemerkungen der Gesamtgruppe (N=724) zu den 20 Problemen nach Themen und Häufigkeit geordnet

Die auf der vorigen Seite angeführten Themen mit den meisten Bemerkungen müssen offensichtlich spezifiziert werden, damit sie zutreffen, wenn man eine Zufallswahrscheinlichkeit von 5% für eine erklärende Bemerkung annimmt. Hauptsächliche Einflüssgrössen sind bei diesen Problemen: Alter (P1, P10, P16), Familienstand (P1), Geschlecht (P1), Art der Erkrankung (P4), Verlauf der Erkrankung (P4) und Phase der Erkrankung (P5).

Am wenigsten Bemerkungen wurden gemacht zu:

	BEMERKUNGEN N	%
P13 (Mit Arzt nicht reden können)	2	0.3
P9 (Angst vor Schmerzen)	4	0.6
P18 (Im Leben vieles falsch gemacht)	5	0.8
P7 (Mühe mit Schwestern)	8	1.3

Diese und, wenn auch weniger eindeutig, alle übrigen Probleme bis auf die oben genannten fünf häufigsten sind offensichtlich für die allermeisten Patienten gültig, d.h. sie können in der Form, in der sie ausgedrückt sind, berücksichtigt werden.

Neben dem Inhalt der Bemerkungen wurde auch registriert, in welcher Weise die hinzugesetzten Kommentare zu verstehen sind, was sich in Formulierungen wie "gilt für...", "eher bei...", "hängt ab von..." äusserte. Hier wurden vier "Verstehensweisen" unterschieden (Genaueres im Anhang D 1/1):

(1) Betrifft ausschliesslich bestimmte Patienten
(2) Betrifft überwiegend bestimmte Patienten
(3) Betreffen hängt von bestimmten Bedingungen ab
(4) Betrifft Art und Weise von Problemerkenntnis bzw. -beurteilung

Für die oben beschriebene inhaltliche Aufgliederung der Bemerkungen konnten die ersten drei Verstehensweisen zusammengefasst werden. Sie brauchen an dieser Stelle nicht weiter kommentiert werden, da ihre Anzahl der Anzahl der genannten Bemerkungen entspricht und die in ihnen enthaltene Information bereits im Begriff der Einschränkung der Allgemeingültigkeit der Probleme berücksichtigt ist. Anders steht es mit der vierten Verstehensweise, bei der es um nicht ausgesprochene, eher vermutete als gewusste, eher mit anderen als mit einem selbst besprochene Probleme geht. Die folgende Tabelle bringt eine Übersicht über die Verteilung der genannten Verstehensweise.

	VERSTEHENSWEISE 4 N		VERSTEHENSWEISE 4 N
P1	2	P12	2
P2	5	P13	6
P3	2	P14	3
P4	7	P15	0
P5	4	P16	0
P6	1	P17	4
P7	2	P18	4
P8	12	P19	5
P9	0	P20	38
P10	3		
P11	4		104

Tab. 22: Anzahl Bemerkungen zu den 20 Problemen, die auf indirekte Äusserung des Patienten hinweisen (Verstehensweise 4), in der Gesamtgruppe (N=724)

Bei insgesamt 104 Äusserungen dieser Art in den 1005 Fragebögen (mit 13 096 Problemantworten) handelt es sich um eine sehr geringe Zahl. Allerdings ist interessant, dass zwei Probleme fast die Hälfte aller Bemerkungen auf sich ziehen: P20 (Leben nach Tod: 38 = 36.5%) und P8 (Sinn des Lebens: 12 = 11.5%). Offensichtlich handelt es sich dabei um Sorgen, die sich für die Bezugspersonen auf teilweise andere Art bemerkbar machen als die übrigen Probleme.

Wenn man sich von der geringen Zahl der Bemerkungen nicht abhalten lässt, weitere Überlegungen anzustellen, zeigt die Verteilung der 38 Bemerkungen bei

Problem 20 auf die drei Berufsgruppen ein auffälliges Bild:

	ÄRZTE		SCHWESTERN		PFARRER		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ANZAHL ANTWORTEN ZU P20	264	100.0	390	100.0	33	100.0	687	100.0
ANZAHL BEMERKUNGEN ZU P20	7	2.7	30	7.7	1	3.0	38	3.8

Tab. 23: Verteilung der Bemerkungen zu Problem 20 (Leben nach Tod), die auf indirekte Äusserung des Patienten hinweisen (Verstehensweise 4), in den 3 Berufsgruppen (Gesamt)

Die Schwestern haben hier deutlich mehr Vermutungen als Ärzte und Pfarrer.

e. Welche Probleme fehlen den Bezugspersonen im Problemkatalog?

Neben der Spezifizierung der vorgegebenen Probleme durch Bemerkungen hatten die Vpn die Möglichkeit, über die 20 angeführten Sorgen hinaus weitere zu nennen, die bei Sterbenden vorkommen. Es wurden insgesamt 33 Themen ein- oder mehrmals genannt, die in folgende Inhaltskategorien zusammengefasst wurden:

	ÄRZTE	SCHWESTERN	PFARRER	SUMME	
	N	N	N	N	%
KRANKHEIT UND TOD	40	39	5	84	41.0
INTERAKTION UND KOMMUNIKATION MIT ANGEHÖRIGEN	17	35	7	59	28.8
INTERAKTION UND KOMMUNIKATION MIT SPITALPERSONAL	7	11	0	18	8.8
INFORMATION GEGENÜBER PATIENT	7	8	0	15	7.3
LEBENSSTIL UND PERSÖNLICHKEIT	11	15	3	29	14.1
SUMME	82	108	15	205	100.0

Tab. 24: Verteilung der hinzugefügten Probleme in den 3 Berufsgruppen (Gesamt) nach Inhalten geordnet

Die Tabelle zeigt, dass den befragten Bezugspersonen der Problemkatalog vor allem bei der Thematik "Krankheit und Tod" unzureichend erschien, daneben beim Komplex "Interaktion mit Angehörigen und Spitalpersonal". Nach den drei Berufen unterschieden waren die Pfarrer (15 ≙ 42.9%) deutlich mehr als Ärzte (82 ≙ 29.6%) und Schwestern (108 ≙ 26.3%) an der Ergänzung des Problemkatalogs beteiligt.

Die folgende Aufstellung zeigt die Probleme, die von den Vpn zehnmal oder öfter genannt wurden. (Die Liste aller genannten Probleme, geordnet nach den erwähnten fünf Kategorien, findet sich im Anhang D 1/3f.)

	GESAMT-GRUPPE	KERN-GRUPPE
Passive Euthanasie	18	12
Wunsch, zu Hause sterben zu können	16	9
Gefühl von Isolation, Entfremdung, Passivität	15	10
Befürchtung, Angehörigen bzw. Personal zur Last zu fallen	12	9
Wunsch nach neuen oder alternativen Therapien	11	7
Aktive Euthanasie	10	10
Diffuse Angst	10	5
Problematische Beziehung zum Personal	10	4

f. Beantwortung der Problemfragen nicht möglich

Wer von den befragten Bezugspersonen der Meinung war, er könne zu den vorgegebenen Problemen in Form einer Häufigkeitsangabe nicht Stellung nehmen, hatte die Möglichkeit, diese Ansicht an bestimmter Stelle des Fragebogens zum Ausdruck zu bringen. Unter der Überschrift "Ich kann die Frage, was todkranken Patienten am häufigsten zu schaffen macht, aus einem der folgenden Gründe nicht beantworten" waren drei Antwortvorgaben genannt, die wegen der Fülle von zusätzlich angegebenen Gründen auf 10 Kategorien erweitert wurden (vgl. Anhang D 1/4f.). Zwecks besserer Verwendbarkeit wurden diese Gründe in zwei Kategorien zusammengefasst:

(1) Ich kann die Frage ... nicht beantworten, weil mein Kontakt zu diesen Patienten zu gering oder zu wenig intensiv ist.

(2) Ich kann die Frage ... nicht beantworten, weil ein allgemeines Urteil über diese Patienten nicht möglich ist.

Die Antworten verteilten sich wie folgt auf die drei Berufsgruppen:

	ÄRZTE		SCHWESTERN		PFARRER		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
KONTAKT ZU GERING/ ZU WENIG INTENSIV	101	25.6	102	17.9	7	16.7	210	20.9
ALLGEMEINES URTEIL NICHT MÖGLICH	33	8.4	46	8.1	3	7.1	82	8.2
ÜBRIGE ANTWORTEN	260	66.0	421	74.0	32	76.2	793	78.9
SUMME	394	100.0	569	100.0	42	100.0	1005	100.0

Tab. 25: Verteilung der Gründe für die fehlende Beantwortung der Problemfragen in Relation zu den übrigen Antworten (Problemfragen beantwortet) in den 3 Berufsgruppen

Die Aufstellung zeigt, dass Ärzte häufiger als Schwestern und Pfarrer angeben, sie könnten wegen zu geringen bzw. zu wenig intensiven Kontaktes mit Sterbenden keine Stellung beziehen. Dass ein allgemeines Urteil über Sterbende, so wie es sich in den Problemen widerspiegelt, nicht möglich ist, meinen in allen drei Berufsgruppen übereinstimmend sieben bis acht Prozent.

Bei der Prüfung des Einflusses der unabhängigen Variablen auf das Antwortverhalten zeigt sich bei Ärzten und Schwestern (die Pfarrer werden hier wegen zu geringer N nicht berücksichtigt), dass die Meinung, wonach ein allgemeines Urteil nicht möglich ist, mit zunehmendem Alter immer häufiger vertreten wird. Diese Tendenz spiegelt sich auch bei den Ärzten in der Verteilung nach beruflicher Position wider, wie Tab. 26 auf der folgenden Seite zeigt.

Ein anderes Ergebnis: Je mehr Kontakt eine Vp mit Sterbenden hat, desto öfter kommt sie zu der Erkenntnis, dass jeder Sterbende ganz individuell gesehen werden muss (vgl. Tab. 27 auf der folgenden Seite). - Was die medizinische Abteilung der Bezugspersonen angeht, sagen sowohl bei den Schwestern wie bei den Ärzten keine der Vpn aus den Intensivabteilungen (0%), wohl aber 11 bzw. 15% der auf der Inneren Medizin arbeitenden Bezugspersonen, dass über sterbende Patienten kein allgemeines Urteil möglich ist.

ÄRZTE	21-35 JAHRE N	%	36-50 JAHRE N	%	51- JAHRE N	%	SUMME N	%	P
N	226	57.9	121	31.0	43	11.0	390	100.0	
KONTAKT ZU GERING/ ZU WENIG INTENSIV	49	21.7	39	32.2	13	30.2	101	25.9	ns
ALLGEMEINES URTEIL NICHT MÖGLICH	14	6.2	13	10.7	6	14.0	33	8.5	ns
PROBLEM BEANTWORTET	157	69.5	57	47.1	22	51.2	236	60.5	***
OHNE ANGABE	6	2.7	12	9.9	2	4.7	20	5.1	
SCHWESTERN									
N	312	55.6	158	28.2	91	16.2	561	100.0	
KONTAKT ZU GERING/ ZU WENIG INTENSIV	31	9.9	44	27.8	24	26.4	99	17.6	***
ALLGEMEINES URTEIL NICHT MÖGLICH	17	5.4	13	8.2	16	17.6	46	8.2	***
PROBLEM BEANTWORTET	236	75.6	87	55.1	48	52.7	371	66.1	***
OHNE ANGABE	28	9.0	14	8.9	3	12.5	45	8.0	

Tab. 26: Verteilung der Gründe für die fehlende Beantwortung der Problemfragen in Relation zu den übrigen Antworten (Problemfragen beantwortet) nach Altersgruppen bei Ärzten und Schwestern (Gesamt)

ÄRZTE	NIEDRIG N	%	MITTEL N	%	HOCH N	%	SUMME N	%	P
N	88	25.1	98	27.9	165	47.0	351	100.0	
KONTAKT ZU GERING/ ZU WENIG INTENSIV	58	65.9	19	19.4	7	4.2	84	23.9	***
ALLGEMEINES URTEIL NICHT MÖGLICH	4	4.5	8	8.2	20	12.1	32	9.1	ns
PROBLEM BEANTWORTET	26	29.5	70	71.4	135	81.8	231	65.8	***
OHNE ANGABE	0	0.0	1	1.0	3	1.8	4	1.1	
SCHWESTERN									
N	98	20.0	120	24.5	271	55.4	489	100.0	
KONTAKT ZU GERING/ ZU WENIG INTENSIV	55	56.1	11	9.2	7	2.6	73	14.9	***
ALLGEMEINES URTEIL NICHT MÖGLICH	2	2.0	9	7.5	33	12.2	44	9.0	**
PROBLEM BEANTWORTET	34	34.7	93	77.5	224	82.7	351	71.8	***
OHNE ANGABE	7	7.1	7	5.8	7	2.6	21	4.3	

Tab. 27: Verteilung der Gründe für die fehlende Beantwortung der Problemfragen in Relation zu den übrigen Antworten (Problemfragen beantwortet) nach der Häufigkeit des Kontaktes mit Sterbenden bei Ärzten und Schwestern (Gesamt)

1.4.3 DAS INTERESSE DER BEFRAGTEN AN DER THEMATIK

Die Frage, wie stark die befragten Bezugspersonen an der Thematik interessiert sind, lässt sich aus den Antworten des Fragebogens einmal direkt und an anderer Stelle indirekt beantworten.

a. Information über die Ergebnisse

Wer auf das im Fragebogen gemachte Angebot, über die Ergebnisse der Untersuchung informiert zu werden, eingehen wollte, musste seinen Namen und seine Adresse angeben. Davon haben Gebrauch gemacht:

	ÄRZTE		SCHWESTERN		PFARRER		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
INFORMATION ERWÜNSCHT	275	69.8	411	72.2	31	73.8	717	71.3
INFORMATION NICHT ERWÜNSCHT	119	30.2	158	27.8	11	26.2	288	28.7

Tab. 28: Verteilung des Interesses an den Ergebnissen der Untersuchung in den 3 Berufsgruppen (Gesamt)

Sieben von 10 Bezugspersonen wünschen also, über den Ausgang der Studie unterrichtet zu werden. Wie die folgende Tabelle zeigt, ist dieser Wunsch umso stärker, je jünger die Vp ist ($p \leq 0.001$).

	21-35 JAHRE	36-50 JAHRE	51- JAHRE
	%	%	%
INFORMATION ERWÜNSCHT	76.8	67.7	61.1
INFORMATION NICHT ERWÜNSCHT	23.3	32.3	38.9

Tab. 29: Verteilung des Interesses an den Ergebnissen der Untersuchung nach Altersgruppen in der Gesamtgruppe (N=1005)

Ein hochsignifikantes Ergebnis zeigt sich auch bei der Frage nach dem Einfluss der Kontakthäufigkeit auf das Interesse an den Ergebnissen der Studie: Je häufiger der Kontakt mit Sterbenden, desto stärker ist das Interesse an der Untersuchung.

Differenziert nach medizinischer Abteilung ist das Interesse an der Untersuchung bei den Ärzten in der Anaesthesie mit 30% im Vergleich zu den übrigen sieben Abteilungen ungewöhnlich niedrig, während in der Schwesterngruppe (Kern) die Angaben zwischen 52.4% (Übrige Abteilungen mit Sterbenden) und 81.5% (Innere Medizin) schwanken. (Alle genannten Unterschiede sind signifikant.)

b. Kommentare zur Untersuchung

Auf der letzten Seite des Fragebogens war den Vpn Gelegenheit geboten, "Bemerkungen zum Fragebogen und zur Untersuchung" zu machen. Von dieser Möglichkeit machten an dieser Stelle (oder in Form eines Briefes, wenn der halbseitige Platz nicht ausreichte) Gebrauch (Gesamtgruppen): Ärzte (23.3%), Schwestern (33.8%) und Pfarrer (19.1%). Zählt man die Kommentare und Bemerkungen, die an anderen Stellen des Fragebogens gemacht wurden (einschliesslich der Bemerkungen zu den Problemen) hinzu, zeigt sich folgende Verteilung: Ärzte (36.5%), Schwestern (49.7%) und Pfarrer (45.2%). Nach beiden Statistiken stehen die Schwestern an der Spitze der kommentierenden Bezugspersonen (jede zweite Schwester kommentierte mindestens ein Item des Fragebogens).

Wie bei der direkten Frage nach dem Interesse an den Ergebnissen der Studie zeigt sich auch hier eine hohe Korrelation mit der Kontakthäufigkeit der Vpn. Je häufiger der Kontakt mit todkranken Patienten, desto öfter wurden Bemerkungen gemacht. Für die Gesamtgruppe aller Befragten sieht dies so aus:

	NIEDRIG %	MITTEL %	HOCH %
KOMMENTAR VORHANDEN	29.3	42.3	54.5
KOMMENTAR NICHT VORHANDEN	70.7	57.7	45.5

Tab. 30: Verteilung der Kommentare zur Untersuchung bzw. zum Fragebogen nach Häufigkeit des Kontaktes mit sterbenden Patienten in der Gesamtgruppe (N=1005)

Ein hochsignifikanter Unterschied zeigt sich auch bei der Variable Arbeitsort. Bezugspersonen aus Stadt- und Landspitälern kommentierten in gleicher Weise zu 41.3%, während die ausserhalb des Spitals Arbeitenden zu 60.3% Bemerkungen machten (Gesamtgruppe). Dieses Ergebnis geht vor allem auf die Schwestern zurück und dort besonders auf die Gruppe der Gemeindekrankenschwestern, die zu 81.3% Kommentare abgaben. Dass in der Gesamtgruppe die weiblichen Bezugspersonen signifikant öfter zu Kommentaren bereit waren als ihre männlichen Kollegen, ist ebenfalls vor allem auf die höhere Quote der Frauen bei den Schwestern zurückzuführen.

1.4.4 DER EINFLUSS DER SOZIOGRAPHISCHEN VARIABLEN AUF DIE BEURTEILUNG DER PROBLEME

In diesem Kapitel soll geprüft werden, welcher Einfluss von den unabhängigen Variablen der befragten Bezugspersonen (Geschlecht, Alter, Arbeitsort bzw. Spitaltypus, medizinische Abteilung, berufliche Position, Kontakt mit Sterbenden) auf ihr Antwortverhalten festzustellen ist.[1] Wegen der guten Überschaubarkeit der Daten werden dabei mögliche Wechselwirkungen zwischen den Variablen mitbedacht, nicht aber statistisch überprüft.

a. Geschlecht

Wie die folgende Übersicht über die Anzahl signifikanter Unterschiede in den Teilgruppen zeigt (s. Tab. 31 auf der nächsten Seite), übt das Geschlecht der Befragten an vielen Stellen einen Einfluss aus, der zu deutlichen Unterschieden in den Antworten führt. (Bei dieser Tabelle werden die Pfarrer nicht berücksichtigt, da die Anzahl der weiblichen Vpn bei ihnen zu gering ist: Gesamtgruppe: N=5, Kerngruppe: N=2).

---

1) Dies geschieht anhand von Mittelwertsunterschieden und Rang-Varianz-Analysen (H-Test nach Kruskal-Wallis) unter Zuhilfenahme statistischer Kennwerte von Kreuztabellen (Chi-Quadrat, Cramers V).

	GESAMT-GRUPPE	KERN-GRUPPE	REST-GRUPPE	ÄRZTE (GESAMT)	SCHWESTERN (GESAMT)
F1-20 [1]	10	10	5	9	3
F1-3 [2]	3	3	2	3	1
GPS [3]	1	1	2	1	1

	ÄRZTE (KERN)	SCHWESTERN (KERN)	ÄRZTE (REST)	SCHWESTERN (REST)
F1-20	1	2	2	2
F1-3	2	2	2	1
GPS	1	2	2	2

Tab. 31: Anzahl signifikanter Unterschiede ($p \leq 0.05$) zwischen männlichen und weiblichen Bezugspersonen bei den 20 Problemen, 3 Faktoren und dem Gesamt-Problembewusstsein in den Teilgruppen und bei Ärzten und Schwestern (Gesamt, Kern, Rest)

[1] Mögliches Maximum = 20 [2] Mögliches Maximum = 3 [3] Mögliches Maximum = 1

Fast immer weisen die Frauen höhere Werte auf als die Männer, was sich auch in allen Gesamt-Problemwerten zeigt:

	GESAMT	KERN	REST	ÄRZTE (KERN)	SCHWESTERN (KERN)
♂	3.08	3.07	3.13	3.06	3.17
♀	3.37	3.37	3.38	3.40	3.37
p	***	***	***	***	ns

Tab. 32: Verteilung der Gesamt-Problemwerte in den Teilgruppen und den Kerngruppen von Ärzten und Schwestern nach Geschlecht

Allerdings ist zu fragen, ob der deutlichere Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Bezugspersonen nicht ein Artefact ist, weil er weniger mit dem Geschlecht als mit der Berufsgruppe zu tun hat. Wie die Beschreibung der Stichprobe gezeigt hat (s.o. S. 86), sind die Geschlechter in der Gruppe der Ärzte und Schwestern recht einseitig vertreten: Ärzte (Gesamt): ♂ = 86.0%, ♀ = 14.0%; Schwestern (Gesamt): ♂ = 7.8%, ♀ = 92.2%. Um diese Frage zu prüfen, gilt es, auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern innerhalb der

Berufsgruppen der Schwestern und Ärzte zu achten. Dabei zeigt sich, dass die generelle Tendenz, wonach Frauen häufiger Probleme bei sterbenden Patienten sehen als Männer, bestehen bleibt. Allerdings sind die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Schwestern nicht mehr signifikant, während bei den Ärzten immerhin noch bei sieben Problemen, zwei Faktoren und dem Gesamt-Problemwert (GPB) signifikante Unterschiede vorliegen. Die oben gestellte Frage muss folglich so beantwortet werden: Ein Teil der Varianz in den Antworten männlicher und weiblicher Vpn geht auf die unterschiedliche berufliche Tätigkeit zurück, ein anderer Teil offensichtlich auf den Einfluss des Geschlechts. Varianzquellen anderer Art können bei den Kerngruppen ausgeschlossen werden, da die Geschlechter über die anderen in Frage kommenden Variablen relativ gleichmässig verteilt sind.

b. Alter

Bei dieser Variable zeigt sich ein ähnlich klares Bild wie beim Geschlecht: Bis auf die Restgruppe der Ärzte hat immer die jüngste Altersgruppe die höchsten Werte. Dies sei anhand der Tabelle der Gesamt-Problemwerte verdeutlicht.

	GESAMT	KERN	REST	ÄRZTE (GESAMT)	SCHWESTERN (GESAMT)	PFARRER (GESAMT)
21-35 JAHRE	3.32	3.30	3.38	3.16	3.43	----
36-50 JAHRE	3.16	3.15	3.18	2.99	3.29	3.22[1]
51- JAHRE	3.12	2.98	3.28	3.10	3.19	2.80
P	***	***	ns	ns	*	**

Tab. 33: Gesamt-Problemwerte und Signifikanzen in den Teilgruppen und den 3 Berufsgruppen (Gesamt) nach Altersgruppen gegliedert

[1] Bei den Pfarrern ist die Zuordnung in der Gruppe der 36-50jährigen nicht ganz exakt, da aus den genannten Gründen (s.o. S. 87) auf die Bildung der jüngsten Altersgruppe verzichtet wurde.

Generell lässt sich sagen: Je jünger die befragte Bezugsperson war, desto öfter vorkommend wurden von ihr die Probleme der Patienten eingeschätzt. Allerdings

ist die Situation bei den Vpn, die über 35 Jahre alt sind, nicht mehr so eindeutig: meistens, aber nicht immer ist die Gruppe der 36-50jährigen durch höhere Werte gekennzeichnet als die der Über-50jährigen.

Diese Unterschiede sind bei allen Berufsgruppen vorhanden, bei den Ärzten jedoch in geringerem Masse als bei Schwestern und Pfarrern. Bei den drei Ärztegruppen (Gesamt, Kern, Rest) sind die Gesamt-Problemwerte nicht signifikant voneinander unterschieden; ausserdem gibt es in dieser Berufsgruppe bei den 20 Problemen (und folglich bei den drei Faktoren) weniger signifikante Unterschiede als bei Schwestern und Pfarrern. - Interessant ist auch die Beobachtung, dass bei keiner der 12 Untergruppen der höchste Problemwert bei der mittleren Altersgruppe liegt, während die Gruppe der Über-50jährigen gelegentlich den höchsten Wert aufweist.

Auch bei der Variable Alter muss danach gefragt werden, ob die Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen nicht auf einem Artefact beruhen, da sie nur scheinbar auf das Alter, tatsächlich aber auf die unterschiedlichen Positionen innerhalb der beruflichen Hierarchie zurückgehen. Wie die folgenden Tabellen zeigen, korrelieren Alter und berufliche Position tatsächlich hoch miteinander, besonders bei den Ärzten.

	ASSISTENZARZT		OBER-/LT. ARZT		CHEFARZT		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
21-35 JAHRE	199	88.8 86.9	25	11.2 22.7	0	0.0 0.0	224	58.5
36-50 JAHRE	30	25.4 13.1	69	58.5 62.7	19	16.1 43.2	118	30.8
51- JAHRE	0	0.0 0.0	16	39.9 14.5	25	61.0 56.8	41	10.7
SUMME	229	59.8	110	28.7	44	11.5	383	100.0

Chi-Quadrat: 256.69 D.F.: 4 $p \leq 0.001$
Cramers V: 0.58 Pearsons R: 0.75

Tab. 34: Verteilung der Gesamtgruppe der Ärzte (N=394; Missing: N=11) nach Altersgruppen und beruflichen Positionen

	SCHWESTER		STATIONSSCHWESTER		OBERSCHWESTER		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
21-35 JAHRE	114	72.7 75.5	39	24.7 61.9	5	3.2 20.8	158	66.4
36-50 JAHRE	21	43.8 13.9	12	25.0 19.0	15	31.3 62.5	48	20.2
51- JAHRE	16	50.0 10.6	12	37.5 19.0	4	12.5 16.7	32	13.4
SUMME	151	63.4	63	26.5	24	10.1	238	100.0

Chi-Quadrat: 36.45 D.F.: 4 $p \leq 0.001$
Cramers V: 0.28 Pearsons R: 0.26

Tab. 35: Verteilung der Kerngruppe der Schwestern (N=239; Missing: N=1) nach Altersgruppen und beruflichen Positionen

Bei der Gruppe der Schwestern ist der Zusammenhang zwischen Alter und beruflicher Position weniger deutlich, d.h. es gibt auch ältere Schwestern, die keinen beruflichen Aufstieg zu verzeichnen haben. Was die Ärzte angeht, ist die Korrelation mehr oder weniger selbstverständlich. Ein 30-jähriger Arzt kann - sozusagen per definitionem - nicht Chefarzt sein, bzw. umgekehrt ein 60-jähriger Mediziner ist in der Regel kein Assistenzarzt mehr. Von daher ist es müssig zu fragen, welche Variable, ob Alter oder berufliche Position, grösseren Einfluss hat. - Bei den Pfarrern haben Alter und Position nichts miteinander zu tun, da die in der Stichprobe vorhandenen Stufen, Teilzeit- und Vollzeittätigkeit, keine unterschiedlichen hierarchischen Positionen bedeuten.

c. Arbeitsort

Der Arbeitsort spielt für die Beantwortung des Fragebogens praktisch keine Rolle. Ob jemand in einem Land- oder Stadtspital oder ausserhalb eines Spitals arbeitet, hat in den allermeisten Fällen keinen Einfluss auf seine Sicht der Sorgen Sterbender. Beim Gesamt-Problembewusstsein (GPB) und den drei Faktoren gibt es in allen 62 Untergruppen keinen signifikanten Unterschied, bei den

20 Problemen kommen maximal drei Signifikanzen pro Untergruppe vor (so bei der Kerngruppe der Ärzte). Sie betreffen bei den drei Berufsgruppen je unterschiedliche Probleme, so dass sich an dieser Stelle auch kein einheitliches Bild ergibt. Zudem sind alle Unterschiede nur auf dem 5%-Niveau signifikant.

d. Medizinische Abteilung

Die Variable medizinische Abteilung wurde für die Gesamtgruppen in folgende Kategorien unterteilt (vgl. S. 89ff.): (1) Chirurgie, (2) Gynäkologie, (3) Innere Medizin, (4) Übrige Abteilungen mit Sterbenden, (5) Anästhesie, (6) Intensivstation, (7) Übrige Abteilungen ohne Sterbende, (8) Geriatrie/ Psychiatrie. Für die Kerngruppen wurden nur die ersten vier Kategorien berücksichtigt.

Ähnlich wie bei der Variable Arbeitsort spielt die Frage, auf welcher medizinischen Abteilung eine Vp arbeitet, nach Signifikanzen gemessen keine grosse Rolle für das Antwortverhalten. In keiner der Gesamt- und Kerngruppen bei den drei Berufsgruppen finden sich signifikante Unterschiede beim Gesamt-Problembewusstsein oder bei einem der drei Faktoren. (Wegen der grossen Anzahl fehlender Angaben sind die N der vier Kern- bzw. acht Gesamtgruppen-Kategorien dieser Variable z.T. so klein, dass auf die Auswertung der Restgruppen und aller Pfarrergruppen verzichtet werden muss.)

Signifikante Unterschiede bei den 20 Problemen (meist auf dem 5%-Niveau) finden sich wie folgt (vgl. auch Anhang D 5/1ff.):

Gesamtgruppe	P4, P7, P8, P19	Schwestern (Gesamt)	P8, P19
Kerngruppe	P3, P9, P12, P15	Ärzte (Kern)	P3, P9, P12
Ärzte (Gesamt)	P4, P9	Schwestern (Kern)	P8

Diese geringe Anzahl von signifikanten Unterschieden hängt u.a. damit zusammen, dass die N in den genannten Gruppierungen z.T. sehr niedrig sind (z.B. Ärzte (Gesamt): Anästhesie: N=7; Übrige Abteilungen mit Sterbenden: N=12; Übrige Abteilungen ohne Sterbende: N=12). Tatsächlich ist die Variations-

breite zwischen Minimum- und Maximumwerten an einigen Stelle beträchtlich, wie beispielsweise in der Ärzte-Gesamtgruppe (Min. = 2.86; Max. = 3.23 (GPB)).

Vergleicht man die Ausprägungen in den Gesamtgruppen (Gesamt, Ärzte, Schwestern), fällt auf, dass die höchsten Werte beim Gesamt-Problembewusstsein (GPB) entweder bei der Abteilung Anästhesie (Gesamtgruppe, Ärzte) oder bei der Kategorie Übrige Abteilungen ohne Sterbende liegen (Schwestern). Was die vier Abteilungen bei den Kerngruppen angeht, liegt der höchste Gesamt-Problemwert immer bei den Vpn aus der Inneren Medizin, der tiefste immer bei der Kategorie Übrige Abteilungen mit Sterbenden. Wie schon gesagt, sind allerdings alle Unterschiede nicht signifikant.

e. Berufliche Position

1. Ärzte

Die Frage, auf welcher Stufe der medizinischen Spitallaufbahn ein Arzt steht, hat einen relativ grossen Einfluss auf seine Antworten bezüglich der Probleme sterbender Patienten. Wie die folgende Übersicht zeigt, haben in zwei Ärztegruppen die Ober- und Lt. Ärzte, in einer die Assistenzärzte das höchste Gesamt-Problembewusstsein, während die Gruppe der Chefärzte jeweils deutlich am tiefsten liegt.

	ASSISTENZARZT	OBER-/LT. ARZT	CHEFARZT	P
ÄRZTE (GESAMT)	3.15	3.17	2.72	***
ÄRZTE (KERN)	3.12	3.14	2.75	**
ÄRZTE (REST)	3.27	3.22	2.63	*

Tab. 36: Gesamt-Problembewusstsein in allen Ärztegruppen nach beruflichen Positionen gegliedert

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung über alle Probleme in der Kerngruppe der Ärzte. Es fällt auf, dass die Assistenzärzte, obwohl ihr Durchschnittswert (GPB) niedriger als der der Oberärzte ist, bei Faktor 3

(Interaktion) einen höheren Wert haben (2.63 vs. 2.57), d.h. dass sie das Problem der Kommunikation mit Angehörigen (P17), Schwestern (P7), Ärzten (P13) und sonstiger Umwelt (P4) als besonders häufig vorkommend beurteilen.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
ASSISTENZARZT	3.44	2.64	3.31	2.52	2.76	3.93	2.07	2.90
OBER-/LT. ARZT	3.32	2.50	3.50	2.24	2.78	4.04	2.02	2.73
CHEFARZT	3.39	2.31	3.56	1.81	2.35	3.31	1.78	1.93
P	ns	ns	ns	*	ns	*	ns	**
	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
ASSISTENZARZT	3.67	3.21	3.16	3.85	2.92	3.13	3.82	2.75
OBER-/LT. ARZT	3.98	3.39	3.41	3.70	2.94	2.95	3.79	2.75
CHEFARZT	3.56	3.06	3.20	3.56	2.36	2.71	3.19	2.47
P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns
	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB
ASSISTENZARZT	3.09	2.48	3.45	2.88	3.35	3.29	2.63	3.12
OBER-/LT. ARZT	3.09	2.65	3.67	2.88	3.44	3.30	2.57	3.15
CHEFARZT	2.50	1.85	3.22	2.55	3.03	3.08	2.08	2.75
P	ns	*	ns	ns	**	ns	**	**

Tab. 37: Mittelwerte und Signifikanzen der Ärzte (Kern) bei den 20 Problemen, 3 Faktoren und dem Gesamt-Problemwert nach beruflichen Positionen gegliedert

An dieser Stelle sei nochmals auf die Korrelation der Variablen Alter und berufliche Position verwiesen (s.o. S. 120f.). Das Bild, das sich in der Gesamtgruppe aller Vpn über die Berufsgruppen hinweg gezeigt hat, wonach die höchsten Problemwerte bei den jüngsten Vpn liegen, kommt jedenfalls nicht zur Hauptsache durch die Ärztegruppe zustande.

2. Schwestern

Eine recht deutliche Übereinstimmung zwischen Alter und beruflicher Position findet sich dagegen beim Pflegepersonal. Haben doch die Schwestern/Pfleger (unterste Stufe) in allen drei Untergruppen jeweils die höchsten Durchschnittswerte (GPB) und meistens die höchsten Faktorenwerte, was eine genaue Entsprechung zu den Werten bei der jüngsten Altersgruppe der 21-35jährigen bedeutet. (In dieser Gruppe machen die Schwestern 46.2% aller Vpn aus.) Hier findet sich ebenfalls die bereits im vorigen Abschnitt gefundene Gesetzmässigkeit, wonach die ältesten Bezugspersonen die tiefsten Gesamt-Problemwerte haben, d.h. von ihnen die geringste Problemhäufigkeit vermutet wird. Allerdings sind alle Unterschiede sehr gering und nicht signifikant.

	SCHWESTER	STATIONS-SCHWESTER	OBER-SCHWESTER	GEMEINDE-SCHWESTER	SCHUL-SCHWESTER	P
SCHWESTERN (GESAMT)	3.42	3.30	3.27	3.31	3.31	ns
SCHWESTERN (KERN)	3.41	3.26	3.33	----	----	ns
SCHWESTERN (REST)	3.45	3.41	3.21	3.31	3.31	ns

Tab. 38: Gesamt-Problemwerte und Signifikanzen in allen Schwesterngruppen nach beruflichen Positionen gegliedert

Betrachtet man die wenigen einzelnen Probleme mit signifikanten Unterschieden (vgl. Anhang D 5/12 und D 5/15f.), fällt folgendes auf: P4 (Von Umgebung gemieden) wird von den Schulschwestern ebenso wie P16 (Bestimmtes nicht erreicht) am höchsten eingeschätzt, d.h. von den Schwestern, die relativ wenig Kontakt mit Sterbenden haben. (Insgesamt rangieren diese beiden Probleme bei den Schwestern (Gesamt) an 19. und 17. Stelle.) P7 (Mühe mit Schwestern) wird dagegen von den Oberschwestern und P8 (Sinn des Lebens) von den Schwestern (unterste Stufe) öfter als von den anderen Schwestern-Positionen gesehen.

3. Pfarrer

Die berufliche Position der Pfarrer, genauer der Umfang ihrer Tätigkeit im Spital, hat keinen Einfluss auf ihr Antwortverhalten. Zwischen Pfarrern mit Vollzeit- und solchen mit Teilzeittätigkeit gibt es nur bei P9 (Angst vor Schmerzen) einen signifikanten Unterschied (Gesamtgruppe) (4.00 vs. 3.32). In der gleichen Gruppe fällt ausserdem der relativ grosse, wenn auch nicht signifikante, Unterschied bei Faktor 2 auf: Vollzeitpfarrer (3.18) sind öfter der Meinung als Teilzeitpfarrer (2.82), dass die mit dem Zweifel an der Endgültigkeit der Erkrankung verbundenen Sorgen der Patienten eine Rolle spielen.

f. Kontakt mit sterbenden Patienten

Bevor auf die mit der Variable Kontakt verbundenen Problemwerte eingegangen wird, sollen einige Ergebnisse über die unterschiedliche Kontakthäufigkeit in Abhängigkeit von anderen Variablen referiert werden.

Was das Alter angeht, unterscheiden sich die drei Altersgruppen (Gesamtgruppe) hochsignifikant voneinander: Alle Vpn haben zu etwa 50% "hohen" Kontakt mit Sterbenden, die 21-35jährigen aber deutlich weniger "niedrigen" Kontakt als die beiden anderen Altersgruppen.

	NIEDRIG		MITTEL		HOCH		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
21-35 JAHRE	82	16.5 43.4	148	29.7 63.8	268	53.8 59.2	498	57.0
36-50 JAHRE	71	28.9 37.6	57	23.2 24.6	118	48.0 26.0	246	28.1
51- JAHRE	36	27.7 19.0	27	20.8 11.6	67	51.5 14.8	130	14.9
SUMME	189	21.6	232	26.5	453	51.8	874	100.0

Chi-Quadrat: 19.97 D.F.: 4 $p \leq 0.001$
Cramers V: 0.11 Pearsons R: -0.09

Tab. 39: Verteilung der Gesamtgruppe (Missing: N=131) nach Altersgruppen und Häufigkeit des Kontaktes mit sterbenden Patienten

In der Kerngruppe der Ärzte finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen niedrigem, mittlerem und hohem Kontakt bei den Variablen Geschlecht, Arbeitsort und berufliche Position, wohl aber bei Alter. Danach hat die Gruppe der Über-50jährigen den weitaus meisten Kontakt mit Sterbenden (Kontakt hoch: 81.0%) und die mittlere Altersgruppe den niedrigsten (54.4%).

Hochsignifikante Unterschiede zeigen sich auch in der Kontakthäufigkeit bei den verschiedenen medizinischen Abteilungen:

	NIEDRIG		MITTEL		HOCH		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CHIRURGIE	8	14.5 32.0	22	40.0 40.7	25	45.5 20.7	55	27.5
GYNÄKOLOGIE	4	16.0 16.0	13	52.0 24.1	8	32.0 6.6	25	12.5
INNERE MEDIZIN	5	4.9 20.0	14	13.7 25.9	83	81.4 68.6	102	51.0
ÜBRIGE ABTEILUNGEN MIT STERBENDEN	8	44.4 32.0	5	27.8 9.3	5	27.8 4.1	18	9.0
SUMME	25	12.5	54	27.0	121	60.5	200	100.0

Chi-Quadrat: 51.67 D.F.: 6 $p \leq 0.001$
Cramers V: 0.36 Pearsons R: 0.11

Tab. 40: Verteilung der Kerngruppe der Ärzte (Missing: N=40) nach medizinischen Abteilungen und Kontakthäufigkeit mit sterbenden Patienten

Daraus ergeben sich folgende deutlich voneinander abweichende Mittelwerte: Chirurgie (3.62), Gynäkologie (3.32), Innere Medizin (4.53) und Übrige Abteilungen mit Sterbenden (2.67).

In der Kerngruppe der Schwestern finden sich ähnliche Unterschiede, was die medizinischen Abteilungen angeht (Innere Medizin hat bei weitem den meisten Kontakt). Daneben weisen die Vpn aus Stadtspitälern einen signifikant höheren Kontakt auf als die aus Landspitälern, während bei allen anderen Variablen keine signifikanten Unterschiede bestehen.

Die Gruppe der Pfarrer (Kerngruppe), bei der - wie beschrieben - wegen der geringen Anzahl von Vpn die Variablen medizinische Abteilung und Geschlecht nicht berücksichtigt werden, zeigt nur bei der beruflichen Position einen bedeutsamen Unterschied: Vollzeitpfarrer haben mehr Kontakt mit Sterbenden als ihre Teilzeitkollegen.

Im Anhang findet sich eine Tabelle darüber, wieviel Prozent der jeweiligen Untergruppe sich in die Kategorie "hoher Kontakt" einordnen (D 2). Bezogen auf die Kerngruppe der Bezugspersonen haben dementsprechend die meisten Kontakte mit Sterbenden (Angaben in Klammern beziehen sich auf den Prozentsatz bei "hohem" Kontakt):

- bei den Ärzten: männliche (58.1%), über 50 Jahre alte (81.0%), in der Inneren Medizin (81.4%) eines Landspitals (60.8%) arbeitende Chefärzte (78.3%)
- beim Pflegepersonal: weibliche (64.3%), 21-35 Jahre alte (65.6%), in der Inneren Medizin (87.7%) eines Stadtspitals (70.0%) arbeitende Stationsschwestern (73.0%)
- bei den Pfarrern: unter 51 Jahre alte (61.9%), in einem Stadtspital (73.3%) arbeitende Vollzeit-Pfarrer (81.8%)

In der folgenden Tabelle finden sich die Gesamt-Problemwerte der 11 Untergruppen nach Häufigkeit des Kontaktes mit Sterbenden geordnet:

	NIEDRIG	MITTEL	HOCH	P
GESAMTGRUPPE	3.22	3.26	3.25	ns
KERNGRUPPE	3.15	3.25	3.22	ns
RESTGRUPPE	3.27	3.29	3.32	ns
ÄRZTE (GESAMT)	3.05	3.23	3.07	*
ÄRZTE (KERN)	2.88	3.20	3.07	*
ÄRZTE (REST)	3.14	3.37	3.10	ns
SCHWESTERN (GESAMT)	3.35	3.34	3.37	ns
SCHWESTERN (KERN)	3.32	3.41	3.35	ns
SCHWESTERN (REST)	3.37	3.27	3.39	ns
PFARRER (GESAMT)	----	2.94	3.16	ns
PFARRER (KERN)	----	2.91	3.25	*

Tab. 41: Gesamt-Problemwerte und Signifikanzen der Teilgruppen und aller Berufsgruppen nach Häufigkeit des Kontaktes mit Sterbenden gegliedert

Die Tabelle zeigt, dass sich die höchsten Werte etwa gleich oft bei mittlerem wie hohem, nie bei niedrigem Kontakt finden. Das bedeutet, dass die Bezugspersonen, die selten mit Sterbenden in Berührung kommen, die Häufigkeit der Probleme auch am geringsten einschätzen. Allerdings sind die Unterschiede nur in der Gesamt- und Kerngruppe der Ärzte und der Kerngruppe der Pfarrer signifikant. In der Gesamtgruppe der Ärzte finden sich auch bei vier Problemen, in der Gesamtgruppe der Schwestern nur bei einem Problem und in der Kerngruppe der Pfarrer bei einem Problem und einem Faktor signifikante Unterschiede.

1.4.5 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

a. Zusammenfassung

Die Auswertung der Antworten von insgesamt 394 befragten Ärzten, 569 Schwestern/Pflegern und 42 Spitalpfarrern zu den Punkten

- Häufigkeit, Art und Weise des Verstehens sowie Gültigkeitsbereich der vorgegebenen 20 Probleme sterbender Patienten
- Ergänzung des Problemkatalogs durch weitere Themen
- Einfluss von Geschlecht, Alter, Arbeitsort, medizinischer Abteilung, beruflicher Position und Kontakthäufigkeit mit Todkranken auf die Beurteilung der Probleme
- Interesse an der Thematik

hat folgende Ergebnisse gebracht:

(1) Auf einer Skala, die von "sehr selten" (1.00) bis "sehr oft" (5.00) reicht, wird die mit dem bevorstehenden Tod zusammenhängende Problematik des sterbenden Patienten im Durchschnitt bei etwas mehr als der Hälfte der möglichen Fälle gesehen ($\bar{x}$ = 3.22). Dies entspricht einem Wert von 56% (Kerngruppe), wobei 100% bedeuten würde, dass der Patient ständig bzw. "sehr oft" unter allen 20 genannten Problemen zu leiden hätte. Dieser Wert, der aus allen 20 Problemen gebildet ist, wird Gesamt-Problembewusstsein (GPB), Gesamt-Problemwert oder Gesamt-Belastung genannt, weil er die Ansicht der Befragten zur Problematik sterbender Patienten am konzentriertesten zusammenfasst.

(2) Die Unterschiede zwischen Ärzten, Schwestern und Pfarrern in der Beurteilung des sterbenden Patienten sind bei den meisten Problemen zwar signifikant, aber nicht gross, d.h. die drei Berufsgruppen ordnen gesamthaft gesehen die Sorgen Todkranker recht ähnlich ein (Gesamt-Problemwerte in den Gesamtgruppen: Ärzte: 53.0%; Schwestern: 59.0%; Pfarrer: 51.8%).

(3) Aus den 20 Problemen konnten drei Faktoren gebildet werden. Der Faktor "Resignation" umfasst sieben Probleme, deren Thematik zur Voraussetzung hat, dass sich der Patient mit seiner Situation abgefunden hat (P15, P11, P6, P1, P9, P16, P18). Beim Faktor "Zweifel", der fünf Probleme umfasst (P12, P19, P3, P14, P5), geht es umgekehrt darum, dass sich der Todkranke noch nicht endgültig mit seiner Lage abgefunden hat. Der dritte Faktor, "Interaktion", beschäftigt sich mit der in vier Problemen (P4, P7, P13, P17) gestellten Frage der Beziehung zu den wichtigsten Interaktionspartnern des Patienten.

(4) Die an der Befragung teilnehmenden Bezugspersonen Sterbender wurden in eine Kerngruppe (Personen, die auf medizinischen Abteilungen arbeiten, wo sie regelmässig mit Todkranken zu tun haben) und eine Restgruppe eingeteilt (Personen, die nicht im Spital arbeiten oder auf Abteilungen tätig sind, wo sie nicht regelmässig Kontakt mit sterbenden (erwachsenen) Patienten haben oder deren Kontakt aufgrund ihrer Funktion ein spezieller ist oder deren Patienten nicht ohne weiteres mit anderen Patienten vergleichbar sind (z.B. Psychiatrie)). Daneben wurden innerhalb der Kerngruppe die Vpn, die den Problemkatalog bearbeitet hatten, von denen unterschieden, die glaubten, sie könnten die Frage nach den Problemen Sterbender aus bestimmten Gründen nicht beantworten.

(5) Die Kerngruppe der Befragten schätzt die Problematik sterbender Patienten signifikant geringer ein als die Restgruppe (GPB: 55.5% vs. 57.8%), obwohl auch dieser Unterschied nicht gross ist.

(6) Gesamthaft gesehen schätzen die Schwestern die Probleme todkranker Patienten höher ein als die Ärzte und Pfarrer. Dies betrifft die meisten der 20 Probleme wie alle Faktoren und Gesamt-Problemwerte, und zwar in allen Gesamt-, Kern- und Restgruppen.

(7) Wenn auch die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gering sind, so sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Problemen z.T. recht gross.

Die Spannweite der Problematik liegt in den Kerngruppen bei den Schwestern zwischen 82.5% und 25.0%, bei den Ärzten zwischen 72.8% und 26.0% und bei den Pfarrern zwischen 80.8% und 14.0%. Die Gruppe der Pfarrer sieht die 20 Probleme also am unterschiedlichsten.

(8) Nach Meinung der Kerngruppe der Befragten stellt die Frage, warum es gerade ihn trifft (P12), das grösste Problem für den Patienten dar (76.5%). An zweiter Stelle hat er es mit der Frage zu tun, wie lange er noch leiden muss (P6: 75.5%). Die resignierte Feststellung, dass er immer hilfloser und auf andere angewiesen sein wird (P15), beschäftigt ihn nach Meinung der Befragten fast ebenso häufig (75.0%) wie die Angst, er könnte grosse Schmerzen bekommen (P9: 74.0%).

(9) Als das am seltensten auftretende Problem wird von allen Befragten die Sorge des Patienten genannt, er würde mit den Schwestern nicht zurecht kommen (P7: 24.8%). An nächster Stelle der eher seltenen Probleme wird die Befürchtung des Patienten angesehen, er würde von seiner Umgebung gemieden (P4: 41.3% - jeweils Kerngruppe).

(10) Die befragten Bezugspersonen sind sich nicht nur gesamthaft, sondern auch was die Rangfolge der Probleme angeht, recht einig. So besteht zwischen Ärzten und Schwestern eine Korrelation von .97 (Pearsons R) bzw. .95 (Spearmans Rho), zwischen Ärzten und Pfarrern von .85 bzw. .83 und zwischen Schwestern und Pfarrern von .90 bzw. .87. Dies ergibt, nimmt man den Rho-Wert als Maßstab, eine Varianzaufklärung von 90% zwischen Ärzten und Schwestern, 69% zwischen Ärzten und Pfarrern und 77% zwischen Schwestern und Pfarrern.

(11) Die grössten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (Kern) in der Einordnung der Probleme bestehen bei P19 (Keine Besserung möglich?), das für Ärzte und Schwestern (jeweils 5. Rang) viel bedeutsamer ist als für Pfarrer (Rang 14.5); bei P20 (Leben nach Tod), das die Pfarrer (Rang 7) als gewichtiger als Schwestern und Ärzte (Rang 12 und 13) ansehen; und bei P14 (An Krankheit selber schuld?), das ebenfalls von den Pfarrern (Rang 9), aber auch von den Ärzten (Rang 10.5) als wichtiger als von den Schwestern (Rang 15) beurteilt wird.

(12) In fast allen Teilgruppen spielt der Faktor Resignation (Kerngruppe: 62.8%) eine grössere Rolle als der Faktor Zweifel (58.3%), während die mit

der Interaktion (Faktor 3) zusammenhängenden Probleme am geringsten eingestuft werden (41.5%).

(13) Von den soziographischen Variablen haben Geschlecht und Alter den grössten Einfluss auf das Antwortverhalten der Vpn. Frauen schätzen die Probleme sterbender Patienten fast immer als häufiger ein als Männer. Dieses Ergebnis erweist sich allerdings beim Pflegepersonal ganz, bei den Ärzten teilweise dadurch hervorgerufen, dass der weitaus grösste Teil der weiblichen Vpn aus Schwestern und der männlichen Vpn aus Ärzten besteht.

(14) In bezug auf die drei Altersgruppen (21-35 Jahre, 36-50 Jahre, Über 50 Jahre) finden sich die höchsten Problemwerte immer in der jüngsten Altersgruppe. Da das Alter bei den Ärzten fast immer, bei den Schwestern weitgehend mit der beruflichen Position hoch korreliert, kann dieser Unterschied auch auf die verschiedenen beruflichen Positionen zurückgeführt werden. Dementsprechend finden sich die niedrigsten Problemwerte bei Chefärzten und Oberschwestern. Bei den Pfarrern, bei denen die berufliche Hierarchie keine Rolle spielt, kommen in der Gruppe der vollzeitlich im Spital Beschäftigten leicht höhere Werte als bei den Teilzeit-Angestellten vor.

(15) Die medizinische Abteilung, auf der eine Vp arbeitet, spielt für ihr Antwortverhalten keine signifikante Rolle. Immerhin zeigt sich im allgemeinen, dass von den Gesamtgruppen Bezugspersonen aus der Anästhesie die Probleme Sterbender am höchsten einschätzen, während sich bei den vier Abteilungen der Kerngruppen kein einheitlicher Trend beobachten lässt.

(16) Der Arbeitsort bzw. der Typus des Spitals, in dem jemand arbeitet, spielt für seine Sicht der Probleme keine Rolle.

(17) Nach eigenen Angaben haben (in der Kerngruppe) den meisten Kontakt mit Todkranken bei den Ärzten männliche, über 50 Jahre alte, in der Inneren Medizin eines Landspitals arbeitende Chefärzte; beim Pflegepersonal 21-35 Jahre alte, in der Inneren Medizin eines Stadtspitals arbeitende Stationsschwestern; und bei den Pfarrern solche, die unter 51 Jahre alt sind und vollzeitig in einem Stadtspital tätig sind. Die Selbsteinschätzung auf einer von "sehr selten" bis "sehr oft" reichenden Skala zeigt besonders in den Altersgruppen, aber auch in den medizinischen Abteilungen grosse Unterschiede. So haben z.B. in der

Inneren Medizin 87.5% aller Bezugspersonen oft oder sehr oft Kontakt mit Sterbenden, während es in den 'Übrigen Abteilungen mit Sterbenden' nur 42.5% sind.

(18) Die Vermutung, dass hoher Kontakt mit Sterbenden und hohe Problemwerte hoch miteinander korrelieren, stimmt nur bei den Pfarrern. Bei den Schwestern trifft dies nur zum Teil zu, bei den Ärzten gar nicht, bei denen sich die höchsten Werte bei der Gruppe mit mittlerer Kontakthäufigkeit finden.

(19) Als Mass für die Eindeutigkeit eines Problems bzw. die Praktikabilität des Problemkatalogs kann das Verhältnis von beantworteten und nicht-beantworteten Problemen ("Kann ich nicht beurteilen" und "Ohne Angabe (Missing)") gesehen werden. Die Ausfallquote beträgt im Durchschnitt 35%. (Dieser hohe Wert ist allerdings zu einem grossen Teil auf die relativ grosse Zahl von Befragten zurückzuführen, die nicht im Spital arbeiten oder nicht mit todkranken Patienten im Sinne der Studie zu tun haben und die deshalb zu den vorgegebenen Problemen keine Stellung genommen haben.) Sie beträgt bei der Gesamtgruppe ca. 36%, bei der Kerngruppe nur noch 21%. Die Pfarrer haben die geringste Ausfallquote (Gesamtgruppen: Pfarrer: 21.9%; Schwestern: 34.7%; Ärzte: 36.4%).

(20) An dieser Quote gemessen sind folgende Probleme am leichtesten zu beurteilen: P9 (Angst vor Schmerzen), P12 (Warum ich?), P15 (Immer hilfloser werden), P1 (Sorge wegen Familie) und P6 (Wie lange leiden?). Bei diesen Problemen handelt es sich um die Sorgen, die in der Häufigkeit die höchsten Ränge einnehmen. Am schwierigsten zu beurteilen sind die Probleme P20 (Leben nach Tod), P8 (Sinn des Lebens), P16 (Bestimmtes nicht erreicht), P2 (Aufbäumen umsonst gewesen) und P7 (Mühe mit Schwestern). Diese Probleme rangieren in der Häufigkeit alle am unteren Ende der Skala. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass Probleme, die von den Befragten als seltener vorkommend beurteilt werden, höhere Ausfallquoten aufweisen.

(21) Aus den Bemerkungen, die zu den 20 vorgegebenen Problemen gemacht wurden, lässt sich sowohl eine Beurteilung des Gültigkeitsbereiches der Sorgen wie auch eine Liste von wichtigen Variablen ablesen, die es bei der Frage zu beachten gilt, ob ein bestimmtes Problem bei einem Patienten vorliegt. Insgesamt ist die Zahl der Bemerkungen zu den Problemen jedoch so gering (3.6% aller

möglichen Bemerkungen), dass generell nicht von einer eingeschränkten Gültigkeit des Katalogs gesprochen werden kann.

(22) Die Bemerkungen beschäftigen sich inhaltlich besonders mit dem Alter des Patienten (39%), daneben mit Art und Verlauf seiner Erkrankung, Familienstand, familiärer Situation, Geschlecht, Lebensstil und Kommunikation des Todkranken. Am ehesten im Sinne eines durch diese Variablen einschränkend zu verstehenden Problemes sind P1 (Sorge wegen Familie), P16 (Bestimmtes nicht erreicht) und P5 (Falsche Diagnose?) anzusehen.

(23) Entsprechend der Formulierung der zu den Problemen gemachten Bemerkungen ist davon auszugehen, dass vor allem bei P20 (Leben nach Tod), aber auch bei P8 (Sinn des Lebens), die vorliegende Problematik erschlossen werden muss, weil sich der Patient nur indirekt dazu äussert.

(24) Von den 1005 Vpn wurde der Katalog der vorgegebenen Probleme um 33 Problemthemen ergänzt, die sich mit den Aspekten Krankheit und Tod (44.0%), Interaktion und Kommunikation mit Angehörigen (28.8%), Interaktion und Kommunikation mit Spitalpersonal (8.8%), Information gegenüber dem Patienten (7.7%) sowie Lebensstil und Persönlichkeit des Patienten (14.1%) beschäftigen. Danach muss der Problemkatalog um die Themen Euthanasie, Suizid, Sterbeort (Wunsch, zu Hause zu sterben) und Fraglichkeit der angewandten Therapien ergänzt werden.

(25) Je älter eine Bezugsperson ist und je mehr Kontakt sie zu Sterbenden hat, desto mehr zusätzliche Probleme werden von ihr genannt. Ausserdem finden sich bei Bezugspersonen aus Landspitälern signifikant mehr zusätzliche Probleme genannt als bei solchen aus Stadtspitälern.

(26) Die Vielfalt der angegebenen Gründe, weshalb es für eine Bezugsperson nicht möglich ist, die Problematik sterbender Patienten anhand der vorgegebenen Probleme zu beurteilen, musste aus Zweckmässigkeitsgründen auf zwei Kategorien reduziert werden. Danach bezeichnen etwa ein Viertel aller Ärzte (Schwestern: 18%; Pfarrer: 17%) ihren Kontakt zu Todkranken als zu gering oder zu wenig intensiv, um sich zur Problematik äussern zu können. Unabhängig davon halten es 7 bis 8% aller Vpn für grundsätzlich nicht möglich, über Sterbende allgemeine Aussagen zu machen, weil jeder Patient ganz individuell zu sehen sei. Diese Meinung findet sich häufiger bei älteren Vpn und solchen mit hohem

Kontakt zu Sterbenden; in der Inneren Medizin ist sie häufiger als in anderen Abteilungen vertreten.

(27) Etwa 70% der Befragten ist an den Ergebnissen der Studie interessiert und möchte über sie informiert werden. Das Interesse daran fällt mit steigendem Alter, wächst aber mit grösserem Kontakt zu Todkranken. Es ist in der Inneren Medizin wiederum am häufigsten vertreten.

(28) Die Möglichkeit zu einem Kommentar zum Fragebogen oder zur Untersuchung nutzten 19% der Pfarrer, 23% der Ärzte und 34% der Schwestern. Fragt man, wer sich auf dem Fragebogen in irgendeiner Form über das Ankreuzen der Items hinaus geäussert hat, kommt man sogar zu einer Kommentarrate von 37 bis 50%. Auch hier findet sich eine hohe positive Korrelation mit der Kontakthäufigkeit zu den Patienten.

b. Diskussion

1. Grundsätzliche Oberlegungen

Die in der Diskussion über die referierten Ergebnisse wichtigste Frage kann an dieser Stelle nur genannt, aber nicht beantwortet werden: Was für eine Bedeutung haben die Werte der einzelnen Probleme und Faktoren bzw. der Gesamt-Problemwert in bezug auf die sterbenden Patienten? Welcher Grad an "Richtigkeit" oder "Wirklichkeit" kommt ihnen bezüglich der Todkranken zu? Da in dieser Phase der Untersuchung noch keine Ergebnisse von Patienten vorliegen, weil die Auswertung der Studie im Bezirksspital und im Stadtspital noch aussteht, lassen sich nur die innerhalb der Stichprobe 'Schriftliche Umfrage' vorliegenden empirischen Werte miteinander in Beziehung setzen. Es geht also um relative, nicht um absolute Werte. Insofern kann von keinem bestimmten Wert gesagt werden, ob er richtiger und falscher ist als ein anderer, ob er das, was wirklich beim Patienten vorliegt, besser oder schlechter trifft.

Das betrifft vor allem die sich gemäss den Hypothesen dieser Arbeit nahelegende Tendenz, jene Werte als richtiger einzustufen, die höher als andere liegen. Der dahinter stehende Gedanke hat mit der Vermutung zu tun, dass es sich bei den Problemen sterbender Patienten nicht um geringfügige Sorgen handelt, eine Ansicht, die durch zahlreiche Berichte in Literatur und Presse, aber auch durch eigene Erfahrungen gestützt wird. Dennoch ist bis auf weiteres jedes Ergebnis der schriftlichen Befragung mit Vorsicht zu interpretieren. Diese grundsätzliche Skepsis muss sich auch auf das Gesamt-Problembewusstsein (GPB) beziehen. Dieser dem allgemeinen Sprachgebrauch entliehene Begriff beinhaltet die Annahme, dass ein Problembewusstsein umso besser einzuschätzen

ist, je höher es ist (im Idealfall 100%). Ob dies tatsächlich zutrifft, kann hier ebenfalls noch nicht entschieden werden.

Immerhin, soviel lässt sich schon zum jetzigen Zeitpunkt sagen: Auch die Ansichten der befragten Bezugspersonen sind Wirklichkeit, mögen sie nun so oder so aussehen: zwar nicht die Wirklichkeit der Patienten, aber die Wirklichkeit, mit der diese es im Spital zu tun haben. So hat es zweifellos eine Bedeutung, dass die Warum-Frage (P12) von den befragten Ärzten, Pfarrern und Schwestern (Kerngruppe) als das häufigste bzw. schwerwiegendste Problem der Sterbenden angesehen wird. Da gerade dieses Problem einen starken Einfluss auf die Kommunikation zwischen Patienten und Personal hat, welches oft "Empfänger" der mit dieser Thematik verbundenen Aggression ist, scheint hier auch umgekehrt eine grosse Belastung der Bezugspersonen vorzuliegen. Oder wenn die Befragten übereinstimmend der Meinung sind, dass der Patient mit dem Pflegepersonal keine Probleme hat, scheint die berufs- bzw. rollenspezifische Stellung der Schwestern auch aus der eigenen Sicht problemlos zu sein.

Eine weitere grundsätzliche Frage, die sich angesichts der Daten stellt, ist die nach der Relation von Häufigkeit und Bedeutung. Ist ein Problem, das häufig auftaucht, ein wichtiges Problem, und eines, das selten vorkommt, ein weniger wichtiges? Diese Frage lässt sich aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht statistisch-numerisch entscheiden. Es gilt vielmehr, sich ihr hermeneutisch zu nähern. In vielen Fällen des Lebens muss "häufig" vorkommend nicht mit "wichtig" gepaart sein und "selten" nicht mit "unwichtig". Das Problem, in einem Verkehrsunfall einen Menschen getötet zu haben, taucht für den einzelnen Menschen zum Glück nur selten auf; wenn es aber auftaucht, ist es im allgemeinen ein sehr gravierendes Problem. Umgekehrt muss die Sorge, pünktlich zur Arbeit zu kommen, die einen Arbeitnehmer Tag für Tag beschäftigen mag, nicht unbedingt zu den wichtigen Problemen seines Lebens zählen. Allerdings ist zu fragen, ob die Probleme, mit denen es Sterbende zu tun haben, von der Art der geschilderten sind. Mir scheint, es geht vielmehr um Probleme, wie sie in einer bestimmten Zeit oder in einem bestimmten Zustand vorkommen. Zum Vergleich sei hier die Pubertätszeit heranzuziehen erlaubt. In dieser Periode gibt es bestimmte Probleme wie die Ablehnung von Autoritäten, der neu zu gewinnende Umgang mit den eigenen Kräften usw., die nahezu bei jedem Jugendlichen vorkommen. Hier kann tatsächlich von einer Entsprechung von Häufigkeit und Wichtigkeit gesprochen werden. Um diese Art von Problemen scheint es auch bei Sterbenden zu gehen: Fragen, die in jedem Fall auf den Betreffenden zukommen und die mit seinem ganz speziellen Zustand zu tun haben. Von daher ist es legitim, von der Häufigkeit eines Problems auf seine Wichtigkeit bzw. Bedeutung zu schliessen: Ein Problem, das bei Sterbenden sehr häufig oder sogar immer auftaucht, kann demnach als ein wichtiges oder sehr wichtiges Problem bezeichnet werden. Allgemein sollte also die Gleichsetzung: je häufiger ein Problem auftaucht, desto wichtiger ist es, akzeptiert werden können.

2. Erörterung der Ergebnisse

Vielleicht ist es das interessanteste Ergebnis, dass die drei Berufsgruppen sowohl in der absoluten wie relativen Einschätzung der Probleme der sterbenden Patienten (Gesamt-Problembewusstsein und Rangfolge) sehr dicht beieinander liegen. Bei Korrelationen zwischen .95 und .83 (Spearmans Rho) kann man von einer mehr oder weniger einheitlichen Beurteilung ausgehen. Dieses Resultat ist umso erstaunlicher, als die drei Teilstichproben sowohl im Geschlecht wie auch im Alter deutlich voneinander unterschieden sind. Offensichtlich spielen diese und alle anderen Unterschiede nur eine verschwindend geringe Rolle gegenüber dem Einfluss, der Ärzte, Schwestern und Pfarrer zu nahezu gleichlautenden Antworten kommen lässt. Es liegt nahe, diesen Einfluss in den Dingen selbst zu sehen. Das würde bedeuten: Die befragten Bezugspersonen sehen die Probleme Sterbender einheitlich, weil diese Probleme so sind, wie sie sind. Anders gesagt: Die Situation sterbender Patienten scheint so eindeutig und die Begegnung mit der Wirklichkeit 'todkranke Patienten' so prägend zu sein, dass sie sich in der Wahrnehmung der Bezugspersonen im Spital einheitlich widerspiegelt. - Dieses Ergebnis wird durch die Untersuchung von HATFIELD et al. (1983/84) bestätigt, wonach die von ihnen befragten acht im Spital tätigen Berufsgruppen bei der Frage nach den wichtigsten Bedürfnissen der Patienten mehr oder weniger gleicher Meinung waren. Da wo sich Unterschiede ergaben, bezogen sie sich auf die durch die spezifischen Tätigkeiten gegebenen unterschiedlichen Anforderungen.

In den drei Berufsgruppen schätzen die Schwestern/Pfleger die Probleme der Patienten am gravierendsten ein. Unter der - allerdings hypothetischen - Voraussetzung, dass die Situation der Patienten umso besser gesehen wird, je bedeutsamer ihre Probleme eingestuft werden, entspricht dieses Ergebnis der Beobachtung, wonach das Pflegepersonal viel mehr mit Sterbenden zu tun hat als die Ärzte und deshalb auch genauer über sie Bescheid weiss (Hypothesen 5 und 8). Zu diesen grösseren Kenntnissen aufgrund häufigeren Kontaktes gehört wohl auch das bei Schwestern öfter anzutreffende Eingeständnis persönlicher Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten. Jedenfalls erscheint auf diesem Hintergrund die Beobachtung von GRAHAM & LIVESLEY (1983) ein-

leuchtend, wonach keiner der von ihnen befragten Ärzte, wohl aber 17% der Schwestern den Kontakt mit ihren todkranken Patienten als diffizil empfand. Diesem Befund scheint zu widersprechen, dass der Tod eines Menschen nach CAMPBELL et al. (1983/84) für Schwestern einen insgesamt positiven Wert, für Ärzte dagegen eine negative Angelegenheit bedeutet. Tatsächlich aber bestätigen die Ergebnisse einander: Wer der Meinung ist, dass der Tod, weil negativ zu sehen, in jedem Fall zu verhindern ist (bei den Medizinern spielt hier ihre berufliche Identität als die für Leben und Gesundheit Kämpfenden eine Rolle), dürfte mehr Mühe haben, sich seine "Niederlage" bei unheilbar Kranken einzugestehen und zu empathischer Zuwendung zu den Sterbenden in der Lage zu sein, als die Bezugspersonen, deren Interesse weniger die Verhinderung des Todes um jeden Preis als die möglichst beschwerdefreie Hinleitung zu einem letztlich akzeptierten Ziel ist. - Dieser Unterschied zwischen Schwestern und Ärzten hat zweifellos auch mit dem Geschlecht zu tun, denn auch bei den Gruppen der Ärzte und Pfarrer schätzen Frauen die Problematik der Patienten höher ein als Männer. Dies könnte bedeuten, dass es den Frauen leichter fällt, sich in die Situation von Sterbenden einzufühlen.

Neben dem Geschlecht hat sich das Alter als die grosse Varianzquelle erwiesen. Allgemein lässt sich sagen: Je jünger eine Bezugsperson ist, desto häufiger sieht sie Probleme bei den Patienten. Infolge weitgehender Übereinstimmung zwischen Alter, (vermutetem) Dienstalter und beruflicher Position kann bei Ärzten und Schwestern auch gesagt werden: Je höher eine Bezugsperson in der beruflichen Karriere steht, desto geringer stellt sich für sie die Problematik Sterbender dar. - Einen Einfluss des Alters konnte THOMPSON (1985/96) in seiner Untersuchung an Schwestern nicht feststellen, wohl aber einen Einfluss des Dienstalters.[1] Schwestern mit mehr Erfahrung befürworteten häufiger den persönlich-emotionalen Kontakt mit Sterbenden und konnten Schwerkranke leichter sterben lassen als weniger erfahrene Kolleginnen. Andererseits

---

1) Es ist zu vermuten, dass bei der beschriebenen Stichprobe (Spital in USA) eine deutlich geringere Korrelation von Alter und Dienstalter vorhanden ist als bei der vorliegenden Untersuchug.

stieg mit der Erfahrung auch die Stärke der eigenen Todesangst. (Letzteres Ergebnis findet sich bei FOLTA (1965) indirekt bestätigt, wonach Oberschwestern grössere Todesangst hatten als die Schwestern aller anderen beruflichen Positionen.) Obwohl es bei der Untersuchung von THOMPSON nicht um die Beurteilung der Problemsituation von Patienten ging, sind die Ergebnisse in unserem Zusammenhang von Bedeutung.

Von den möglichen Erklärungen für den gefundenen Zusammenhang erscheinen mir folgende beiden Alternativen am plausibelsten (vgl. Hypothesen 10a und 10b): Jüngere Schwestern und Ärzte haben aufgrund ihrer Tätigkeit häufiger Kontakt mit den Patienten als ihre dienstälteren bzw. ranghöheren Kollegen und wissen deshalb besser, wie es Sterbenden zumute ist.[1] (Diese Hypothese würde sich als richtig erweisen, wenn die oben genannte Voraussetzung einer positiven Korrelation zwischen Höhe und Richtigkeit der Problembeurteilung als gegeben angenommen werden könnte.) Es könnte aber auch sein, dass jüngeren Bezugspersonen wegen ihrer noch geringen Berufserfahrung, aber auch infolge ihrer noch am Anfang stehenden Lebenserfahrung, die Sterblichkeit des Menschen als etwas so Bedrohliches erscheint, dass es ihnen viel mehr Mühe macht, den Tod eines von ihnen betreuten Patienten zu verkraften. Anders gesagt: Ältere Schwestern und Ärzte haben zwar weniger Kontakt mit den Patienten, kennen deren Situation aber aus grösserer Erfahrung besser als ihre jüngeren Kollegen und wissen deshalb, dass viele Probleme von Sterbenden nicht so gravierend sind, wie sie scheinen oder dargestellt werden. (Diese Hypothese könnte richtig sein, wenn sich die genannte Voraussetzung als falsch herausstellen würde.)

Gewisse Zweifel an der genannten Voraussetzung kommen auf, wenn man sich zwei weitere Ergebnisse vor Augen hält: Die Restgruppe der Befragten, die weniger oder keinen Kontakt mit Sterbenden hat, schätzt die Probleme der Patienten als häufiger bzw. gravierender ein als die Kerngruppe, die regelmässig mit Todkranken zu tun hat. Dem entspricht, dass sich die höchsten Gesamt-Problemwerte in der Regel nicht, wie erwartet, bei den Bezugspersonen

---

1) Diese Vermutung stimmt allerdings nicht mit der Selbsteinschätzung der Bezugspersonen in bezug auf ihre Kontakthäufigkeit überein, bei der die höchsten Werte nie bei der jüngsten Altersgruppe liegen.

finden, die am meisten Kontakt mit Sterbenden haben.[1] Offensichtlich kann man nicht sagen: Je mehr man sich mit Sterbenden befasst, desto schwieriger muss man deren Situation beurteilen (vgl. Hypothese 11). (Zu den möglichen Gründen für eine Überschätzung s.u. S. 241ff.) - In der oben erwähnten Untersuchung von THOMPSON war grössere Erfahrung im Umgang mit Schwerkranken u.a. gepaart mit einer geringeren Neigung, Leben um jeden Preis zu erhalten. Diese Beobachtung würde gut zu den eigenen Ergebnissen passen: Wer die Problematik von Patienten überschätzt, ist auch leichter zu therapeutischer Überaktivität bereit, da er sich immer mit dem Hinweis auf die grosse Not der Todkranken legitimieren kann. Nicht dazu passt, dass, wie JENNINGS & MUHLENKAMP (1981) herausfanden, Schwestern und Ärzte ihre Patienten umso depressiver einschätzten, je länger sie mit ihnen Kontakt hatten. Vielleicht liegt hier ein Projektionsvorgang vor: Die mit der Zeit immer grösser werdende Belastung in der Betreuung Todkranker wirkte sich in einer Veränderung der eigenen Grundstimmung aus, die aber bei den Patienten wahrgenommen wurde.

Dass die Frage, in welchem Spital eine Bezugsperson arbeitet, keinen Einfluss auf seine Sicht der Patienten hat, konstatierte bereits FOLTA (1965) in ihrer Studie an über 400 Schwestern aus drei unterschiedlich orientierten Spitälern. Damit kann Hypothese 3 über den Effekt der Spitalart nicht bestätigt werden, obwohl die Ausgangsüberlegung vermutlich richtig ist, dass sich einerseits Stadt- und Landbevölkerung in verschiedenen soziographischen Variablen, Stadt- und Landspital andererseits in der Variationsbreite der behandelten Erkrankungen unterscheiden. Aber offensichtlich betrifft dieser Unterschied nicht die Wahrnehmung der Bezugspersonen.

Das Ergebnis, dass die medizinische Abteilung, auf der eine Bezugsperson arbeitet, nur sehr geringen Einfluss auf ihre Sichtweise hat, muss angesichts

---

1) Dass sich bei den Schwestern die Stationsschwestern als die Bezugspersonen mit dem meisten Kontakt zu Sterbenden einschätzen, ist in Anbetracht ihrer sich nahe beim Patienten vollziehenden Tätigkeit verständlich. Überraschend dagegen ist die Selbstbeurteilung der Chefärzte, die sich von allen Ärzten den häufigsten Kontakt mit sterbenden Patienten attestieren, da ihr Patienten-Kontakt in den meisten Fällen aufgrund ihrer vielfältigen anderen Aufgaben geringer sein dürfte als der ihrer Assistenz- und Oberärzte. Ob sich hier die gelegentlich zu hörende Klage niedergeschlagen hat, dass bei heiklen Fragen todkranker Patienten doch "der Chef" für seine ihm unterstellten Ärzte eingreifen muss?

der Überlegungen, dass mit den verschiedenen Disziplinen ganz unterschiedliche und verschieden umfangreiche Erfahrungen mit sterbenden Patienten verbunden sind, überraschen (vgl. Hypothese 12). Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass zwischen den einzelnen Abteilungen durchaus erhebliche Unterschiede vorliegen, die nur wegen der geringen Anzahl von Vpn pro Abteilung nicht signifikant sind, so dass obiges Ergebnis als möglicher Artefact angesprochen werden muss. Wahrscheinlich spielt also die spezifische Tätigkeit einer Bezugsperson bzw. die Art von Erkrankungen, mit der sie es zu tun hat, eine grosse Rolle für ihre Sicht der Situation sterbender Patienten. Dass in der Kerngruppe die höchsten Problemwerte bei den Ärzten und Schwestern aus der Inneren Medizin vorliegen, könnte damit zu tun haben, dass es in dieser Abteilung im Unterschied zu Chirurgie, Gynäkologie und einigen Stationen aus den 'Übrigen Abteilungen mit Sterbenden' keine Operationen gibt, d.h. die internistischen Betreuer es am regelmässigsten mit dem gleichen Zustand bei den Patienten zu tun haben. Diese Kontinuierlichkeit der wahrgenommenen Belastung mag die Problematik der Patienten besonders gravierend erscheinen lassen. (Andererseits stimmen die in der Inneren Medizin zu verzeichnenden höchsten Kontaktwerte mit den hohen Problemwerten nicht überein, so dass hier von nicht einheitlichen Ergebnissen gesprochen werden muss.)

Unterschiede zwischen verschiedenen medizinischen Abteilungen wurden auch von THOMPSON (1985/86) in seiner Untersuchung an Bezugspersonen aus sechs medizinischen Disziplinen in der oben beschriebenen Richtung festgestellt, ohne dass die von ihm vor allem in Sterbehospiz, Psychiatrie und Onkologie gefundenen signifikanten Abweichungen von den übrigen Disziplinen als Ergebnis eines einheitlichen Einflusses interpretiert werden. - In der vorliegenden Studie wurden signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den acht medizinischen Abteilungen (Gesamtgruppe) vor allem bei P3 (Früher zum Arzt?) (höchste Werte in der Gynäkologie), P8 (Sinn des Lebens: Geriatrie/Psychiatrie) und P9 (Angst vor Schmerzen: Anästhesie) gefunden. Vielleicht könnte man sagen, dass sich die spezifische berufliche Erfahrung besonders an bestimmten, die spezielle Tätigkeit besonders betreffenden Problemen bemerkbar macht.

Schaut man sich den Problemkatalog im einzelnen an, so überrascht das relativ geringe Ausmass der Schwierigkeiten, die mit Kommunikation und Interaktion zu tun haben. Nach Ansicht ihrer Bezugspersonen leiden die Patienten viel mehr unter resignativen Gedanken und Empfindungen als unter Isolation oder dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden oder falsch informiert zu sein. Überraschend ist angesichts der - in der Untersuchung vorausgesetzten - Informiertheit der beurteilten Patienten auch, dass Zweifel und Ungewissheit eine so grosse Rolle spielen. Hier spiegelt sich vermutlich ein Stück der bei Todkranken immer wieder zu beobachtenden Hoffnung auf Besserung, welche die Frage so schwierig macht, ob ein Kranker die Wahrheit über seinen Zustand akzeptiert oder verleugnet. Ausserdem muss man sich klar machen, dass zu den zum Faktor Zweifel zusammengefassten Sorgen auch solche gehören, die sich rückblickend mit der Bewertung von Verhaltensweisen beschäftigen, die in Zusammenhang mit der Entstehung der Krankheit stehen, es also dabei auch um den Komplex von Schuld und Selbstvorwürfen geht.

Diese Ergebnisse, die Hypothese 1 und vor allem Hypothese 2 klar widersprechen, werden durch die Literatur nur zum Teil bestätigt. So fand HELLER (1980), dass nach Ansicht der von ihm befragten Ärzte und Schwestern bei den Patienten kommunikative Interessen im Vordergrund standen (Bedürfnis nach Kontakt und Aussprache), während die von POTTHOFF (1980) befragten Bezugspersonen, unter ihnen allerdings ein hoher Prozentsatz von Medizinstudenten, die Frage der Interaktion (Einsamkeit) sowohl von kognitiver wie emotionaler Seite her hinter dem Problem der Schmerzbewältigung erst an zweiter Stelle sahen. Interessanterweise stieg in der Wahrnehmung bei den Medizinstudenten mit dem Umfang ihrer Erfahrung mit sterbenden Patienten das Gewicht des Problems Einsamkeit, während sich das der Angst vor dem Tod reduzierte.

Differenziert man hier einerseits nach Berufsgruppen, andererseits nach Kontakt mit Angehörigen und Freunden (P4, P17) und Kontakt mit dem Personal (P7, P13) (vgl. Tab. 42 auf der folgenden Seite), ist das Bild weniger einheitlich. Danach sehen die Schwestern die interaktiven Probleme des Todkranken (Faktor 3) doch signifikant gravierender als Ärzte und Pfarrer ($p \leq 0.01$), was sich besonders bei der höheren Einschätzung der Sorgen des Patienten gegenüber seinem Arzt (P13) wie auch seiner Familie (P17) zeigt.

	P4	P7	P13	P17	F3
ÄRZTE	2.40	2.04	2.87	3.05	2.57
SCHWESTERN	2.37	2.00	3.40	3.33	2.77
PFARRER	2.37	1.56	3.18	2.93	2.55
P	ns	*	***	**	**

Tab. 42: Mittelwerte und Signifikanzen der 3 Berufsgruppen (Kern) bei P4 (Von Umgebung gemieden), P7 (Mühe mit Schwestern), P13 (Mit Arzt nicht reden können) und P17 (Mit Familie nicht reden können) und dem Faktor 3 (Interaktion)

Dass Schwestern und Ärzte sich bezüglich der Kommunikation des Patienten mit dem Arzt hochsignifikant unterscheiden, kann verschiedene Ursachen haben. Es könnte sein, dass die Ärzte die Qualität ihres Kontaktes mit dem Patienten überschätzen, was das Ergebnis von REIMER & KURTHEN (1985) bestätigen würde. Dabei dürfte der Komplex der "Wahrheit am Krankenbett" eine grosse Rolle spielen, weil - wie mir aus Gesprächen mit Schwestern bekannt ist und wie viele auf dem Fragebögen zu diesem Thema gemachte Kommentare belegen (s.u. S. 164ff.) - Schwestern oft über das Aufklärungsverhalten des Arztes enttäuscht sind. Ob zu Recht oder nicht, jedenfalls spiegelt sich hier nicht nur ein Kommunikationsproblem zwischen Arzt und Patient, sondern auch zwischen Arzt und Schwester.

Nicht erwartet war die Eindeutigkeit, mit der das Problem der schlechten Interaktion mit den Schwestern (P7) als kaum vorhanden beurteilt wurde. Hierin besteht offensichtlich ein grosser Konsens zwischen den Berufsgruppen, d.h. nicht allein unter den Schwestern selbst, was als Überbewertung der eigenen Fähigkeiten noch verständlich wäre. Besonders die Pfarrer stufen dieses Problem ungewöhnlich tief ein. Es ist vermutlich nicht falsch, von daher nicht nur auf einen guten Kontakt zwischen Schwestern und Patienten zu schliessen, sondern darin auch die Bestätigung für einen als sehr gut erlebten Kontakt zwischen Pfarrern und Pflegepersonal aus der Sicht der Seelsorger zu sehen.

Trotz aller Differenzierungen bleibt der gesamthaft niedrige Wert des Faktors 3 bestehen. In einer Zeit, in der so viel von Beziehungsschwierigkeiten die Rede ist und wo ausserhalb des Spitals, wie ich in vielen Diskussionen zur Thematik feststellen konnte, ein diesem Ergebnis keineswegs adäquates Bild von der Interaktion zwischen Patient und Personal vorliegt, ist dies ein erstaunliches Resultat. Entweder haben sich die Zustände in den Spitälern, aber auch zwischen Patienten und Angehörigen, in den letzten Jahren so erheblich verbessert, dass frühere und weiterhin kolportierte Klagen keine Berechtigung mehr haben. Oder die Verhältnisse waren nie so schlimm, wie sie dargestellt wurden, was zur Reflexion über die Motive der Kläger Anlass geben würden (z.B. Delegation von selbst nicht wahrgenommenen Pflichten an "Experten", auf welche dann die eigenen Defizite projiziert werden können). Das Ergebnis könnte auch darin begründet sein, dass die Bezugspersonen von Patienten wenig Klagen über Kommunikation und Interaktion zu hören bekommen, weil die Patienten nicht wagen, sich zu beschweren, selbst wenn sie sich über etwas sehr geärgert haben (Phänomen des "Compliance"). Diese Erklärung würde mit einer weiteren Motivation parallel gehen: Die Frage der Interaktion wird deshalb als so geringfügig dargestellt, weil eine schlechtere Bewertung zwangsläufig eine Anfrage an die eigene Person beinhalten würde, warum es mit der Qualität des Kontaktes zum Patienten nicht besser bestellt sei.

Wie nur z.T. erwartet (vgl. Hypothese 1), wurden die Warum-Frage (P12) und die Probleme von Leiden (P6), Hilflosigkeit (P15) und Schmerzen (P9) als wichtigste genannt, deren Beantwortung den Befragten zudem am leichtesten fiel (geringste Ausfallquote). - Ein Vergleich mit der Literatur ist insofern schwierig, als jeder Autor wieder andere Problem-Formulierungen gebraucht und die meisten Autoren die Probleme ohne Rangfolge anführen. Am ehesten sind die Ranglisten der Belastungen und Bedürfnisse bei POTTHOFF (1980) und HELLER (1980) zum Vergleich heranzuziehen. Danach sind am wichtigsten die Probleme Schmerzen (24%), Einsamkeit (19%), Ungewissheit (19%), Angst/Panik (14%) und Endgültigkeit (10%) bzw. die Bedürfnisse nach Kontakt, geistlichem Beistand, Aussprache, Regelung von Angelegenheiten und Geborgenheit. Ansonsten sind die in der Literatur am meisten genannten Probleme, abgesehen von den mit

dem Komplex "Wahrheit am Krankenbett" verbundenen Themen, die Sorgen: Depression, Schmerzen, Ängste (pauschal oder differenziert, z.B. Angst vor dem unbekannten Tod, Angst vor Verlust von Angehörigen), Hilflosigkeit, Verlust physischer und psychischer Integrität, Ungewissheit, Einsamkeit, Wut.

Eine nur geringe Bedeutung hat das Problem des Lebensrückblicks, das den Patienten an seine Fehler und Versäumnisse erinnert (P18). Überhaupt scheinen die Themen, die mit Lebenssinn und Lebensbilanz, d.h. im weitesten Sinn mit religiöser Thematik, zu tun haben (P8, P14, P16, P18, P20), von den - zu 95% aus Schwestern und Ärzten bestehenden - Bezugspersonen mit einer gewissen Zurückhaltung behandelt worden zu sein, als wüssten sie darüber weniger Genaues zu sagen als über die anderen Probleme (hohe Werte bei: Ausfallquote, indirekte Verstehensweise, Unterschiede zwischen den Berufsgruppen). Man könnte fragen, ob in Anbetracht des bekannten Arbeitsdruckes, unter dem Ärzte und Schwestern in ihrer Tätigkeit stehen, für die Wahrnehmung dieser Problemdimension zu wenig Zeit zur Verfügung steht, oder ob sie sich an derartige Themen aus anderen Gründen nicht heranwagen (z.B. wegen der grösseren persönlichen Betroffenheit, die hier unvermeidlich herausgefordert wird). Dass die Gruppe der Pfarrer bei diesen Sorgen, besonders bei der Frage des Lebens nach dem Tod, relativ hohe Werte hat, überrascht nicht; handelt es sich doch hier sozusagen um ihre Domäne (vgl. Hypothese 9). - Wie oben zitiert, fand HELLER diese Dimension als Bedürfnis nach "geistlichem Beistand" in der Sichtweise der von ihm befragten Bezugspersonen sogar mit an der Spitze der Wichtigkeit. Auch KALISH (1980) zählt die Thematik in seinem Erfahrungsbericht zu den in jedem Fall auf den Patienten zukommenden Aufgaben.

Fragt man nach allgemeinen Gliederungspunkten bezüglich der Problematik sterbender Patienten, findet sich in der Literatur meist eine einfache Unterteilung zwischen physischen und psychischen bzw. emotionalen Beeinträchtigungen (so HINTON 1963; GROF & HALIFAX 1980), z.T. unter weiterer Differenzierung in kognitive und soziale (BASCOM 1984) bzw. interaktionelle Probleme (CASTLES & KEITH 1979). Der Unterschied dieser Strukturierungsprinzipien zu der oben genannten Einteilung nach physisch-somatischen, psychischen und sozialen Problemen (s. S. 71f.) ist nicht sehr gross. In jedem Fall handelt

es sich um nicht mehr als eine erste Orientierungshilfe. Weiterführend ist der Vergleich mit dem bekannten Konzept der Bedürfnishierarchie von MASLOW (1954/1977), obwohl es dabei nicht speziell um kranke Menschen geht. Danach lassen sich bei jedem Menschen fünf Kategorien von Bedürfnissen feststellen, die von unterschiedlicher Wichtigkeit sind, wobei die Befriedigung eines höheren Bedürfnisses die Befriedigung des jeweils tieferen voraussetzt:

- Die "physiologischen" Bedürfnisse sind elementare Bedürfnisse wie die Notwendigkeit von Schlaf und Nahrung, die der Aufrechterhaltung des biologischen Organismus dienen.
- Die "Sicherheits"-Bedürfnisse sorgen für den Schutz vor Gefahren und befriedigen den Wunsch nach Orientierung und Einsicht in lebenswichtige Zusammenhänge.
- Die "sozialen" Bedürfnisse beziehen sich auf die emotionale Zuwendung zu anderen.
- Die "Ich"-Bedürfnisse umfassen den Wunsch nach Erfolg, Unabhängigkeit, Einfluss und Ansehen.
- Die Bedürfnisse nach "Selbstverwirklichung" meinen das Verlangen des Menschen, seine potentiellen Fähigkeiten zu schöpferischer Entfaltung zu bringen.

Gemessen an diesem Schema gehören die an der Spitze der Problemliste stehenden Sorgen über Leiden, Hilflosigkeit und Schmerzen bzw. die dahinter stehenden Bedürfnisse nach Verminderung oder Beseitigung von gravierenden Defiziten körperlicher Integrität und Selbstbestimmung in die Kategorie der basalen Bedürfnisse. Ob es sich dabei mehr um die physiologische oder die Sicherheitsebene der Bedürfnisse handelt, dürfte eine Frage des Zeitpunktes innerhalb des Sterbeprozesses sein. Je näher der Patient dem Tod steht, desto mehr wird aus seinem Bedürfnis nach Sicherheit die grundlegende physiologisch-biologische Frage nach Leben oder Nicht-Leben. In jedem Fall gehört das Angewiesensein des Patienten auf Unterstützung bei den einfachsten Vorgängen von Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Körperpflege und Schmerzbekämpfung zu den Sorgen aus dem Problemkatalog, die in der Bedürfnis-Hierarchie von MASLOW die unterste Ebene einnehmen.

Daneben ist fraglich, wie das Problem, das als allerwichtigstes genannt wurde, die Frage "Warum trifft es gerade mich?", gemäss diesem Schema zu klassifizieren ist. Dass diese vor allem am Anfang des Sterbeprozesses

gestellte Frage bei vielen, wenn nicht den meisten Todkranken vorkommt, ist in der Literatur unbestritten. Mit ihr ist eine anklagende Haltung verbunden, die sich entweder als feindseliges Verhalten nach aussen auf Angehörige oder Spitalpersonen richtet; oder sie begegnet als Wendung gegen sich selbst (Autoaggression) und erscheint in Form von Selbstvorwürfen, die meist in Schuldgefühlen und Depression enden. Wie auch immer, es scheint sich an dieser Stelle - zumindest vorübergehend - etwas von dem von FREUD beobachteten Phänomen widerzuspiegeln, dass der kranke Mensch im Grunde sein Sterblich-Sein nicht begreifen kann: 'Warum ich, der ich doch glaubte, mein Schicksal selbst bestimmen zu können!?' (vgl. o. S. 7). Hinter der Frage verbirgt sich wohl eine sehr tief reichende Frustration, die - wenn man so will - alle MASLOWSCHEN Bedürfnisebenen umfasst: Mit der Aussicht auf den Tod wird das Leben in jeder Hinsicht ein Ende finden, von Zukunftsplänen und Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung über die Beziehung zu Freunden bis hin zum einfachen körperlichen Funktionieren. Der verzweifelt-wütende Hinweis solcher Kranken, dass andere Menschen, die gern sterben würden oder zu sterben längst "verdient" hätten, nicht sterben könnten, ist weniger eine Äusserung des Neides als vielmehr Ausdruck einer umfassenden Fassungslosigkeit, dass das Leben nicht einmal in dem, was das Ureigene des Menschen, sein Körper, ist, den eigenen Vorstellungen entsprechend bestimmt werden kann.

Wollte man auch die übrigen Probleme in das Schema von MASLOW einordnen, so würden sich zweifelsohne die zum Faktor Interaktion gehörenden Sorgen (P4, P7, P13, P17) sowie P1 mit den "sozialen" Bedürfnissen vergleichen lassen, während die mit dem Thema Zweifel verbundenen Fragen (P3, P5, P19) als "Sicherheits"-Bedürfnisse und die resignierenden Feststellungen (P2, P11, P16) und die mit Schuldgefühlen zusammenhängenden Fragen (P14, P18) in die Kategorie der "Ich"-Bedürfnisse gehören und die Bedürfnisse nach "Selbstverwirklichung" sich in P8, P11 und P20 widerspiegeln würden. Doch sind letztere Klassifizierungen nicht eindeutig (vgl. aber weiter unten S. 247f.).

Abgesehen von der Sorge um die zurückbleibende Familie (P1) und der Frage nach den erreichten Lebenszielen (P16) bietet der Problemkatalog nach Meinung der Befragten ein in dieser Form verwertbares Instrument, um sich den Sorgen

Sterbender zu nähern. Nur bei diesen beiden Problemen hängt es von bestimmten Bedingungen, vor allem vom Alter der Patienten, ab, ob sie von Bedeutung sind oder nicht. Überhaupt spielt das Alter eines Todkranken die grösste Rolle, sofern man nicht von der Gültigkeit der Sorgen für alle Sterbende sprechen kann, was in bezug auf die Probleme der nicht-erreichten Lebensziele, der Versorgung der Familie und der Warum-Frage auch sofort einleuchtet. Das Alter eines Patienten ist generell der entscheidende Faktor für die Bewertung seiner Krankheit. - Dieses Ergebnis findet sich auch bei JENNINGS & MUHLENKAMP (1981), die an den von ihnen untersuchten Krebspatienten umso höhere Werte bei Angst, Wut und Depression feststellten, je jünger die Kranken waren. - Daneben haben Art und Verlauf der Erkrankung noch einen nennenswerten Einfluss auf die Problemlage des sterbenden Patienten.

Nur ein geringer Prozentsatz von Ärzten, Schwestern und Pfarrern ist der Meinung, dass sich der Problemkatalog nicht eignet, um auf die Sorgen Sterbender aufmerksam zu machen. Immerhin denken 7 bis 8%, dass man sich Todkranken völlig unvoreingenommen, d.h. ohne irgendwelche Anhaltspunkte, wie sie der Problemkatalog bietet, nähern sollte, weil jeder Patient auf seine eigene unverwechselbare Weise sterben würde. Unter diesen Bezugspersonen sind sowohl ältere Personen als auch solche mit mehr Kontakt zu Sterbenden öfter vertreten. Das könnte einmal bedeuten, dass der erfahrene Betreuer ein Raster, wie es die Sorgenliste darstellt, weniger vonnöten hat als sein jüngerer Kollege. Darüber hinaus nimmt der erfahrene Betreuer vielleicht differenzierter wahr, so dass er zu dem Ergebnis kommt, dass die Patienten trotz gewisser Ähnlichkeiten, die er vermutlich nicht bestreiten würde, ihre ganz speziellen Probleme haben. Angesichts der insgesamt geringen Zahl von Vpn, die dieser Meinung sind, kann man allerdings auch fragen, ob hier nicht eine Überschätzung der eigenen Wahrnehmung bzw. eine Unterschätzung der Vergleichbarkeit menschlicher Grundsituationen vorliegt. - Die Ansicht, wonach kein Sterbender mit einem anderen Sterbenden vergleichbar sei, findet sich in dieser Form m.E. nirgends, da in jedem Artikel zumindest einige wenige Anhaltspunkte für eine adäquate Wahrnehmung und Betreuung sterbender Patienten gegeben werden.

Dass die Anzahl der nicht beurteilten Probleme (Ausfallquote) in der Kerngruppe deutlich geringer ist als in der Gesamt- und Restgruppe, entspricht den Erwartungen, wonach die Bezugspersonen, die häufiger mit Sterbenden zu tun haben, auch deren Probleme besser kennen (vgl. Hypothese 11). Immerhin sagen auch diese Bezugspersonen noch, dass sie in etwa 20% aller möglichen Probleme nicht über die Situation ihrer Patienten Bescheid wissen. Es fällt auf, dass die Gruppe der Pfarrer eine - in den Gesamtgruppen deutlich, in den Kerngruppen leicht - geringere Ausfallquote als Schwestern und Ärzte hat. Vielleicht drückt sich hier ihr besonders grosses Interesse an der Thematik von Tod und Sterben aus, was sowohl aus ihrer traditionellen Berufsrolle erklärbar wäre wie auch in ihrer am höchsten liegenden Rücklaufquote beim Fragebogen eine Entsprechung hätte. Ob man die Quote von einem Fünftel nicht bekannter Sorgen als hoch oder niedrig einschätzt, hängt vom Blickwinkel ab. Wenn man sich klar macht, unter welchem Stress auf vielen Stationen die Arbeit getan werden muss (immer kürzere Liegezeiten der Patienten, knapp bemessene Stellenpläne, hohe Ansprüche bei Kranken und Angehörigen), erscheint der Prozentsatz eher gering. Denkt man dagegen an die Not schwerstkranker Patienten, die in möglichst vielen Punkten Unterstützung brauchen, kommt einem der Anteil an fehlender Kommunikation eher gross vor.

Exkurs 2: Wie wird der todkranke Patient in Spitälern im Kanton Zürich aufgeklärt?[1)]

1. ERGEBNISSE

Es dürfte wohl kaum ein Thema im Zusammenhang mit Tod und Sterben geben, das - sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch in der wissenschaftlichen Literatur - eine so grosse Bedeutung hat wie die Frage nach der "Wahrheit am Krankenbett". Die meisten Erörterungen laufen auf dieses Problem zu, behandeln es wenigstens unter anderem mit oder lassen zumindest indirekt gewisse Schlussfolgerungen zu. Dies nicht zu Unrecht. Ist doch die Frage, ob ein Patient um die Art seiner Erkrankung weiss, wie er mit diesem Wissen umgeht, wie sich seine Angehörigen ihm gegenüber verhalten, wie allgemein mit ihm kommuniziert wird, wesentlich davon abhängig, ob - und natürlich auch wie - der Patient über seine Krankheit informiert worden ist.

Obwohl der Themenkomplex in dieser Arbeit nicht im Vordergrund steht (genau genommen sogar die Frage bereits als beantwortet vorausgesetzt wird, da der Fragebogen ausdrücklich den informierten Patienten betrifft), hielt ich es für angebracht, die Frage nach der "Wahrheit am Krankenbett" wenigstens an einer Stelle des Fragebogens explizit zu stellen. Implizit ist das Thema ja bereits mehr oder weniger klar in den vier Problemen enthalten, die den Faktor Interaktion ausmachen: P4 (Von Umgebung gemieden), P7 (Mühe mit Schwestern), P13 (Mit Arzt nicht reden können), P17 (Mit Familie nicht reden können).

Den schriftlich befragten Bezugspersonen wurde die Frage gestellt: "Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert?". Als Antwortvorgaben lagen vor: "Ja, grundsätzlich", "Nein, grundsätzlich nicht", "Nur wenn die Patienten danach fragen", "Nur in besonders begründeten Fällen". Ausserdem bestand die Möglichkeit, weitere Gründe anzuführen, wovon so ausgiebig Gebrauch gemacht wurde, dass ein sehr viel detailierteres

---

1) Ich möchte Frau R. Meier, Frau M. von Wartburg und Herrn B. Boksberger für die Vorarbeiten zu diesem Thema im Rahmen des Forschungsseminars 1984/85 in der Abteilung Angewandte Psychologie des Psychologischen Institutes der Universität Zürich danken.

Antwortschema erstellt werden musste (vgl. Anhang D 1/6f.). Um aber die Fülle möglicher Verhaltensweisen und Begründungszusammenhänge in einen überschaubaren Rahmen zu bringen, wurden alle Angaben nur unter dem Gesichtspunkt der Häufigkeit der Information betrachtet und in eine 4er-Skala gebracht ("Immer" - "Möglichst" - "Eventuell" - "Selten/nie"), die in etwa einer Graduierung von 0 bis 100% entspricht.

Nach dieser Einteilung zeigt die Gesamtgruppe aller Vpn, die diese Frage beantwortet haben (N=667), folgendes Bild:

IMMER		MÖGLICHST		EVENTUELL		SELTEN/NIE		SUMME	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
300	45.0	95	14.2	233	35.0	38	5.7	667	100.0

Tab. 43: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Praxis der Aufklärung in der Gesamtgruppe

Danach wird der Patient auf fast der Hälfte aller Spitalstationen "immer" über seine Krankheit informiert, während dies nur in knapp 6% "selten" oder "nie" geschieht. Dass der Kurvenverlauf der Antworten, wie aus der folgenden Abbildung zu ersehen ist, bimodal und nicht, wie zu erwarten gewesen wäre, stetig von "immer" zu "selten/nie" verläuft, hängt vielleicht mit der nachträglich vorgenommenen und alle Gesichtspunkte ausser den der Häufigkeit ausser acht lassenden Klassierung zusammen.

Wie verteilt sich das Antwortverhalten auf die drei Berufsgruppen? Die folgende Abbildung auf der nächsten Seite zeigt, dass zwischen Ärzten und Schwestern einerseits und Pfarrern andererseits (jeweils Gesamtgruppen) grosse Unterschiede bestehen ($p \leq 0.01$). Nimmt man die Kerngruppen zum Vergleich, werden die Unterschiede noch grösser ($p \leq 0.001$). Danach wird nach Meinung der Ärzte zu 51.2% "immer" und zu 1.9% "selten/nie" informiert, während die Pfarrer zu 14.3% von "immer" und zu 19.0% von "selten/nie" vorhandener Information sprechen.

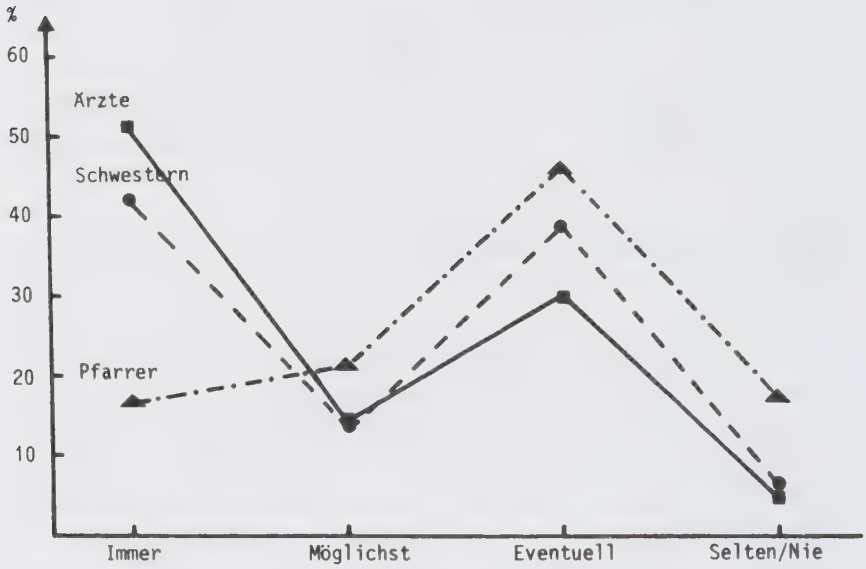


Abb. 4: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Praxis der Aufklärung bei den 3 Berufsgruppen (Gesamt)

Nennenswerten Einfluss auf die Informationspraxis hat nur das Alter der Befragten und die medizinische Abteilung, auf der sie tätig sind. Wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, nimmt mit dem Alter die Neigung zu, seltener zu informieren ($p \leq 0.05$).

	IMMER		MÖGLICHST		EVENTUELL		SELTEN/NIE		SUMME	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
21-35 JAHRE	195	49.0	62	15.6	125	31.4	16	4.0	398	100.0
36-50 JAHRE	73	41.5	20	11.4	71	40.3	12	6.8	176	100.0
51- JAHRE	30	34.9	13	15.1	35	40.7	8	9.3	86	100.0

Tab. 44: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Praxis der Aufklärung in der Gesamtgruppe nach Altersgruppen gegliedert

Nach Berufsgruppen unterteilt, zeigen sich bei den Schwestern signifikante ($p \leq 0.05$), bei den Pfarrern deutliche, aber wegen der geringen Anzahl von

Vpn nicht signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (am deutlichsten der Sprung von 6.3% bei den Unter-51jährigen auf 37.5% bei den Über-50jährigen bei "selten/nie").

Wegen der z.T. geringen Anzahl von Antworten können auch die Unterschiede zwischen den medizinischen Abteilungen nicht als signifikant bezeichnet werden, obwohl sie in einigen Fällen recht gross sind. So sagen z.B. die Bezugspersonen, die auf der Gynäkologie arbeiten, gesamthaft zu 70.0% (Ärzte: 54.5%; Schwestern: 88.9%), dass die Patienten "immer" informiert werden, während dies auf der Chirurgie nur zu 34.9% (Ärzte: 57.9%; Schwestern: 28.1%) und auf der Inneren Medizin zu 53.4% (Ärzte: 57.9%; Schwestern: 48.8%) geschieht. "Selten/nie" aufgeklärt wird auf der Chirurgie nach Ansicht der Ärzte zu 0.0% (Schwestern: 7.0%), auf gynäkologischen Abteilungen zu 4.5% (Schwestern: 0.0%) und auf internistischen Stationen zu 2.1% (Schwestern: 2.4%). (Weitere Angaben im Anhang D 4.)

2. DISKUSSION

Eine Erörterung der referierten Ergebnisse hat sich zunächst mit zwei Punkten zu beschäftigen: der Art der Fragestellung und der Art des Kategoriensystems. Erst danach können gewisse Schlüsse von den numerischen Daten her gezogen werden.

Die auf das Thema "Wahrheit am Krankenbett" abzielende Frage "Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert?" wurde in gleicher Weise allen drei Berufsgruppen gestellt. Sie bedeutet aber in der Praxis für Ärzte, Schwestern und Pfarrer nicht das gleiche. Das Recht - und dementsprechend auch die Pflicht - zur Information von Patienten über Diagnose und Prognose liegt grundsätzlich beim Arzt. Dies gilt natürlich auch und in besonderer Weise für Patienten mit unheilbaren Erkrankungen. Das bedeutet umgekehrt, dass die Schwester dieses Recht wie auch diese Pflicht nicht hat. Sie ist also lege artis nicht befugt, den Kranken über seinen Zustand und seine Aussichten aufzuklären. Folglich kann die Fragebogen-Frage für die

beiden Berufsgruppen nicht die gleiche Konnotation haben. Für den Spitalmediziner ist nach seinem eigenen Verhalten gefragt, so dass die Frage für ihn lauten könnte: 'Informieren Sie Ihre todkranken Patienten über ihre Diagnose?'. Die Schwester dagegen sieht sich auf eine Verfahrensweise hin befragt, an deren Zustandekommen sie - jedenfalls in der Regel - nicht beteiligt ist und auf deren Handhabung sie - wenigstens offiziell - keinen Einfluss hat. Dass sich diese unterschiedlichen Arten des Betroffenseins und der entsprechenden Rollenzuweisungen auf die Wahrnehmung des ohnehin heiklen Themenbereiches und damit auf die Beantwortung der Frage auswirken können, liegt auf der Hand. Im Extremfall kann die Schwester mit ihrer Antwort eine Verfahrensweise wiedergeben müssen, die ihrer eigenen Anschauung völlig entgegengesetzt ist.

Allerdings sind auch für den Arzt die Verhältnisse in vielen Fällen nicht so eindeutig, wie sie nach dem bisher Gesagten zu sein scheinen. Nicht selten kann der Assistenzarzt, der von medizinischer Seite den meisten Kontakt mit dem Patienten hat, in der Frage der Aufklärung nicht so vorgehen, wie es ihm richtig erscheint. Vielmehr gilt auf seiner Station eine bestimmte Richtlinie, die im allgemeinen der Ansicht des jeweiligen Chefarztes entspricht. Es kann somit sein, dass sich der Assistenzarzt, evtl. auch der Oberarzt, bei der Befragung über die Informationspraxis auf seiner Abteilung vor eine ähnliche Situation wie die Schwestern gestellt sieht.

In Wirklichkeit liegen die Dinge oft noch komplizierter. Nicht nur dass es neben der offiziellen Stations- oder Abteilungsmeinung in vielen Spitälern andere, inoffizielle Ansichten gibt, die für einen Patienten z.B. durch indirekte Hinweise der Schwestern sichtbar werden können, welche der Meinung sind, dass der Patient ein Recht auf Information hat. Auch dass sich das Informationsverhalten gegenüber dem Patienten im Laufe eines Krankheitsprozesses ändern kann, muss berücksichtigt werden. Dies betrifft vor allem den letzten Teil der Sterbezeit, wenn therapeutische Massnahmen als nutzlos erachtet werden und es darauf ankommt, dem Patienten sein Los so weit wie möglich zu erleichtern. In diesem Stadium hat die Schwester viel mehr mit dem Patienten zu tun als der sich häufig mehr und mehr zurückziehende Arzt,

was zur Folge hat, dass sie sich den oft immer unüberhörbarer werdenden Fragen des Patienten ausgesetzt sieht. Nach meinen Erfahrungen und entsprechend einer Reihe von Fragebogen-Kommentaren kommt bei vielen Schwestern in solchen Fällen mehr ihre persönliche Einstellung als die offizielle Devise ihrer Abteilung zum Tragen.

Für die im Spital tätigen Pfarrer stellt sich die Situation noch einmal anders dar. Ihnen kommt von der Tradition her die auch heute noch weithin unbestrittene Aufgabe zu, mit dem todkranken Patienten über seinen bevorstehenden Tod zu sprechen. Er kann also das Thema unbefangener angehen als z.B. die Schwester. Andererseits ist er meist weniger informiert als die beiden anderen Berufsgruppen und muss sich erst erkundigen, wie es dem Patienten geht. (Viele Pfarrer verzichten übrigens ganz bewusst auf diese Information, um - wie sie sagen - dem Patienten unbefangen gegenübertreten zu können.) Wo es keine Absprache für eine grundsätzlich zu handhabende Aufklärung des Patienten gibt, und wo keine Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Pfarrern besteht, könnte man von einer "Grauzone" sprechen, in der sich die Pfarrer bewegen: einerseits ihrer persönlichen Einstellung und ihrem beruflichen Auftrag verpflichtet, d.h. nicht vom Arzt abhängig, andererseits auf ein Minimum an Kooperation mit ihm angewiesen, werden Faktoren wie Unabhängigkeit, persönliches Gewicht, Interesse an der Thematik, Einschätzung ihrer Bedeutung usw. eine grosse Rolle spielen. Dabei gilt es in jedem Fall zu beachten, dass die Pfarrer - ähnlich wie die Schwestern - in der Regel nicht dabei sind, wenn der Patient vom Arzt aufgeklärt wird, d.h. sie ihre Information darüber meist vom Patienten erhalten.

Was nun die von den Pfarrern gegebenen Antworten angeht, so lässt sich am ehesten vermuten, dass sie damit nicht ihre eigene Praxis, sondern entweder die offizielle Devise der Station, auf der sie tätig sind, wiedergegeben haben, oder aber das, was sie von den Todkranken an Auskunft bekommen haben und dafür halten. Im ersten Fall könnte ihre Meinung eine gewisse Kontrolle zu den Angaben von Schwestern und Ärzten darstellen. Im zweiten Fall läge indirekt eine Aussage über die Qualität der medizinischen Aufklärung bzw. die Verarbeitung der Aufklärung durch die Patienten und damit die Quantität von

Verleugnungsprozessen vor. Wollte man noch weiter differenzieren und nach dem Prozedere auf einzelnen Stationen fragen, würden die Pfarrer als Gegenüber zu den beiden anderen Berufsgruppen jedoch ausscheiden, da sie normalerweise für ein gesamtes Spital, bei grösseren Krankenhäusern für mehrere Abteilungen, zuständig sind, ihre Antworten also nur als Durchschnittswerte zu betrachten sind.

Stellt man die verschiedenen, hier nur kurz skizzierten Hintergründe der Frage nach der "Wahrheit am Krankenbett" in Rechnung, kann man nur zu dem Ergebnis kommen, dass die genannte Fragebogen-Frage ein zu grobes Instrument darstellt, um der Differenziertheit des Themas beizukommen. Insofern kann man die Ergebnisse der Befragung nur mit Vorbehalt interpretieren. Dies gilt auch für das Kategoriensystem, das mit seinen Stufen "Immer-Möglichst-Eventuell-Selten/Nie" ein zu grobes Raster ist, um den Verästelungen der gegebenen Antworten wirklich gerecht zu werden. Antworten wie "Die Patienten werden gefragt, was sie wissen wollen" oder "Ja, aber nur sehr indirekt oder unvollständig" oder "Ja, weil das Pflegepersonal darauf besteht" lassen sich eben nur mit Mühe in ein Schema bringen, in dem es nur um Häufigkeiten geht.[1)]

Zu den interessantesten Ergebnissen der Befragung zählt die grosse Anzahl von Ärzten, die angeben, dass auf ihrer Abteilung der todkranke Patient über seine Diagnose informiert ist. Danach werden gut die Hälfte aller Patienten (51.2%) "immer" über ihre Krankheit unterrichtet. Umgekehrt sind es nur ganz wenige Todkranke (Kerngruppe: 1.9%), die "selten/nie" darüber aufgeklärt werden. Gemessen an meinen eigenen Erfahrungen und Informationen aus verschiedenen Spitälern im Kanton Zürich ist dies ein erstaunlich hoher Prozentsatz an grundsätzlich immer durchgeführter Aufklärung. Ein Vergleich mit der Literatur ist insofern schwierig, als es zwar zahlreiche Untersuchungen zur Frage der Einstellung von medizinischem Personal zur Frage der Wahrheit gibt, aber nur sehr wenige über das tatsächliche Verhalten gegenüber dem Patienten (vgl. die skeptische Beurteilung bei SENN 1981). So waren es z.B. nach REA et al. (1975) 61% und nach CAREY & POSAVAC (1978/79) 87% der befragten Ärzte, die dem Patienten ein Recht auf Aufklärung zubilligten.

---

1) Im Exkurs 3 werden weitere Antworten auf die Frage zitiert (s.u. S. 164ff.).

Von daher muss die Frage gestellt werden, ob die Angaben der befragten Ärzte die Verhältnisse in den Zürcher Spitälern tatsächlich richtig widerspiegeln. Dies ist eine Frage, die hier nicht entschieden werden kann, da das Datenmaterial nur die Registrierung der vorhandenen subjektiven Beurteilungen ermöglicht. Immerhin fällt auf, dass bei den Schwestern mit 41.9% (Kern: 44.5%) "immer" aufgeklärter Patienten und vor allem bei den Pfarrern mit 16.7% (Kern: 14.3%) deutlich tiefere Werte vorliegen als bei den Ärzten. Sollte die erste der oben genannten Vermutungen zutreffen, dass die Gruppe der Pfarrer über die Informationspraxis in den Spitälern am unbefangensten urteilen kann, weil sie von der durch die Mediziner bestimmten Handlungsleitlinie am wenigsten betroffen sind, müssten ihre Angaben als deutliches Korrektiv zu der Einschätzung der Ärzte angesehen werden. An den Pfarrern gemessen würde nur jeder sechste oder siebte Patient grundsätzlich "immer" informiert, ein Prozentsatz, der ebenso hoch ist wie die Quote der "selten/nie" aufgeklärten Patienten. Andererseits liegen die Angaben der Pfarrer und Ärzte so weit auseinander, dass es wenig wahrscheinlich ist, dass die einen ganz "recht" und die anderen ganz "unrecht" haben bzw. dass sich die Antworten wirklich auf den gleichen Frageninhalt beziehen.

Wie aber lassen sich die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sonst erklären? Ein möglicher Grund könnte im divergierenden Verständnis der Frage gelegen haben. Möglicherweise haben viele Ärzte mit "Information über die Diagnose" eine Aufklärung im rein medizinischen Sinn gemeint, während die Schwestern und noch mehr die Pfarrer an ein Gespräch gedacht haben, in dem die Mitteilung von medizinischer Diagnose und Therapie nur der Ausgangspunkt für eine Unterredung ist, in der es vielmehr um die Bedeutung der Erkrankung für den Patienten geht. Daneben könnte an dieser Stelle das Phänomen der "sozialen Erwünschtheit" eine Rolle gespielt haben. Dass dies besonders auf die Ärzte zutrifft, die in den letzten Jahren des öfteren gerade wegen ihrer Informationspraxis kritisiert worden sind, liegt auf der Hand. Die hohe Zahl der "immer" informierten Patienten würde dann mehr dem entsprechen, was die Ärzte als die Erwartung der Öffentlichkeit oder den Wunsch der Patienten oder auch als Äquivalent ihrer eigenen Vorstellungen von "richtigem" Verhalten ansehen, und weniger dem, was z.Zt. in den Spitälern tatsächlich

passiert bzw. was zu tun die Ärzte zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Lage sind. Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass die Ärzte als die am Informationsvorgang unmittelbar Beteiligten tatsächlich am besten über diese Frage Bescheid wissen. Der Unterschied zwischen ihrer Beurteilung und der Einschätzung der Schwestern und besonders der Pfarrer würde dann auf eine erhebliche Anzahl von Patienten schliessen lassen, welche die Bedrohung durch ihre unheilbare Krankheit durch Verleugnung oder Bagatellisierung abzuwehren versuchen, ein Vorgang, der in Praxis und Literatur immer wieder erwähnt wird. (Vgl. auch das Kapitel über "verleugnende Patienten" S. 200ff.)

Interessant sind auch die deutlichen Unterschiede in der Informationspraxis, wie sie sich in den drei Altersgruppen zeigen. Sie lassen sich am ehesten mit der oben skizzierten unterschiedlichen Einflussnahme in bezug auf die Aufklärung des Patienten erklären. Demnach wären ein Teil der grundsätzlich "immer" durchgeführten Information (49%), wie sie von den 21-35jährigen angegeben wird, als Ausdruck ihres Wunsches anzusehen, während die Über-50jährigen, die in der Regel über diese Frage zu befinden haben, mit 35% dichter bei den tatsächlichen Verhältnissen liegen dürften. Will man diese Erklärung nicht gelten lassen, wäre auch denkbar, dass ältere Bezugspersonen - etwa aufgrund ihrer grösseren beruflichen Erfahrung oder weil sie selbst dem Lebensende näher stehen als ihre jüngeren Kollegen - es für weniger richtig oder wichtig halten, den todkranken Patienten immer über seine Diagnose aufzuklären, weil diese Frage von Fall zu Fall neu entschieden werden müsse.

Dass nicht auf jeder medizinischen Abteilung in gleichem Umfang informiert wird, zeigen die Zahlen über Gynäkologie, Chirurgie und Innere Medizin. Nimmt man die Angaben von Ärzten und Schwestern zusammen, liegt der Prozentsatz der grundsätzlich "immer" informierten Patienten in der Gynäkologie am höchsten und in der Chirurgie am tiefsten. Über die Gründe für diese Unterschiede nachzudenken (z.B. Art der Erkrankung, unterschiedliche Therapien mit unterschiedlicher Notwendigkeit der Kooperation des Patienten, divergierende Persönlichkeitsstrukturen bei den Patienten oder den Bezugspersonen

in den verschiedenen Disziplinen), führt angesichts der wenigen zur Verfügung stehenden Daten zwangsläufig in den Bereich der Spekulation. Dies betrifft auch den in der Gynäkologie - entgegen dem ansonsten vorfindlichen Gefälle zwischen Ärzten und Schwestern - zu verzeichnenden Anstieg bei grundsätzlich "immer" durchgeführter Aufklärung von 55% bei den Ärzten zu 89% bei den Schwestern. Möglicherweise verbirgt sich hinter der Ansicht der Schwestern ein hohes Mass von inoffiziell, d.h. an den Ärzten vorbei durchgeführter Aufklärung, was evtl. damit zu tun hat, dass es sich bei diesen Patienten um Personen gleichen Geschlechts ("Leidensgenossinnen") handelt.

Exkurs 3: Die Thematik der Studie im Spiegel der Kommentare der Befragten [1)]

1. EINLEITUNG

Obwohl nur Gegenstand eines Exkurses, gehören die Kommentare der befragten Pfarrer, Schwestern und Ärzte auf den Fragebögen zu den interessantesten "Ergebnissen" der Studie. Dass von der Möglichkeit kommentierender Bemerkungen zur gesamten Untersuchung oder zu einzelnen Punkten des Fragebogens erstaunlich häufig Gebrauch gemacht wurde, ist bereits erwähnt worden (s.o. S. 116f.). Danach haben etwa ein Viertel aller Ärzte, ein Drittel aller Schwestern und fast ein Fünftel aller Pfarrer die ihnen mit dem Item "Bemerkungen zum Fragebogen und zur Untersuchung" gebotene Gelegenheit zu Äusserungen genutzt, angefangen bei kurzen Grüssen oder guten Wünschen bis hin zu ausführlichen Erörterungen in Form mehrseitiger Briefe, von den Anmerkungen zu einzelnen Punkten des Fragebogens an der jeweiligen Stelle ganz abgesehen. Noch erstaunlicher als die Anzahl der Kommentare ist die Offenheit und

---

1) Mit Dank an die Verfasser greife ich in diesem Kapitel auf die von Frau M. Dondi-Bollag und Frau R. Reichmuth für ihre im Rahmen des Forschungsseminars 1984/85 an der Abteilung Angewandte Psychologie des Psychologischen Instituts der Universität Zürich geleisteten Vorarbeiten zurück.

Ehrlichkeit, mit der die Situation im Spital geschildert wird, sowohl was den sterbenden Patienten als auch die eigene Rolle als auch die Interaktion zwischen sich und dem Patienten bzw. innerhalb des Personals angeht. Daneben finden sich Meinungen, die sich kritisch mit Inhalt und Methodik der Studie auseinandersetzen. Wieder andere Befragte äussern Erwartungen an die Untersuchung oder Wünsche bezüglich verbesserter Betreuung sterbender Patienten.

Im folgenden soll eine Auswahl dieser Kommentare vorgelegt werden. Dabei ist sowohl auf statistische wie streng inhaltsanalytische Auswahlkriterien verzichtet worden. Anhaltspunkt für die Aufnahme in die Sammlung der - meist ausschnittsweise wiedergegebenen - Zitate war vielmehr der subjektive Eindruck von der Prägnanz einer Aussage und darüber hinaus das Bemühen, möglichst alle wesentlichen Meinungen zu Wort kommen zu lassen. Nicht wiedergegeben werden die zahlreichen Wünsche für ein gutes Gelingen der Forschungsarbeit und die persönlichen Begründungen, warum die Befragten sich zum Fragebogen oder zu bestimmten Items nicht geäussert haben (etwa weil sie in ihrer Arbeit nur mit kranken Kindern zu tun haben).

2. KOMMENTARE ZUM FRAGEBOGEN UND ZUR UNTERSUCHUNG

(A) Äusserungen zur Bedeutung der Untersuchung

"Auf dem Gebiet der Betreuung von Pat. mit Malignomen haben wir wohl alle viel zu lernen. Ich würde sehr gern von der Untersuchung hören."
(32-jähriger Assistenzarzt)

"Ich beglückwünsche Sie zu Ihrem Entschluss, diese riesige Arbeit angepackt zu haben, ich halte sie aus jedem Blickwinkel für sinnvoll. Haben Sie den Mut, Ihre Resultate auch zu publizieren, wenn angesichts der möglichen Meinungsvielfalt saubere Signifikanzen schwierig herauszuarbeiten sein mögen."
(35-jähriger Assistenzarzt)

"Derartige Untersuchungen sind sicher wichtig und richtig und sei es auch nur, um festzustellen, dass eine allzustarke Schematisierung des Sterbensablaufes, wie sie gewisse Adepten von Kübler-Ross jetzt pflegen, an den Realitäten vorbeigeht."
(61-jähriger Chefarzt)

"Sehr gute Fragen/Problemzusammenstellung. Praktisch jede Frage/Problem hat mich an einen bestimmten Patienten zurückerinnert."

(31-jähriger Assistenzarzt)

"Ich begrüsse es sehr, dass eine Untersuchung im Gange ist, um die Bedürfnisse und Probleme sterbender Patienten zu erfassen. Ich selbst befasse mich seit Jahren mit diesem Thema und arbeite mit dem Pflegepersonal daran, die ganzheitliche Pflege zu fördern. Da wir in unserem Spital sehr viele alte Patienten haben, sind wir oft mit diesem Thema konfrontiert."

(30-jährige Schulschwester)

"Diese Untersuchung kann dem Pflegepersonal (je nach Ausbildung) eine echte Hilfe oder Stütze sein. Nach wie vor haben wir Mühe im Umgang mit sterbeden Patienten. Besonders die Krankenpflegeschüler sind meistens überfordert am Krankenbett."

(33-jährige Stationsschwester)

(B) Äusserungen zur Interaktion zwischen Patient und Personal und zum eigenen Betroffensein

"Es macht mir erhebliche Mühe, mich an diese Pat. zu erinnern. Wenn ich den sterbenden Pat. relativ wenig geben konnte, ist dies eindeutig abhängig von meiner eigenen Einstellung zu Leben und Tod. Ein Grund, weshalb ich Arzt geworden bin, ist grosse Angst vor Krankheit, Schmerz und Tod."

(33-jähriger Assistenzarzt)

"Obwohl ich relativ häufig sterbende Pat. betreue, habe ich nur selten Einblick in die tiefere persönliche Sphäre des Kranken. Der Grund ist wahrscheinlich der, dass ich als Spitalarzt für den Patienten (im Gegensatz zum Hausarzt) eine unbekannte Person bin und praktisch ausschliesslich somatisch exploriere. Die Psyche wie auch das soziologische Umfeld spielen in einem Akutspital eine untergeordnete Rolle."

(27-jähriger Assistenzarzt)

"Eher selten spreche ich mit Patienten, die am Sterben sind, über das Sterben. Wenn möglich überlasse ich diese Aufgabe den Angehörigen oder dem Pfarrer. Intuitiv eher realisiere ich ihre Probleme. (...) Ich glaube, dass die Antworten auch durch meine eigene Einstellung (die seelische Einsamkeit von uns allen, innerhalb oder ausserhalb des Spitals, empfinde ich als Tragödie, als 'Eiszeit') beeinflusst sind."

(32-jährige Schwester)

"Im allgemeinen finde ich das Sterben im Spital eine Katastrophe. Zu oft werden die Angehörigen aus mir unbekannten Gründen nicht zum Pat. zugelassen. Ich bin froh, dass ich das Sterben zu Hause als Gemeindeschwester erlebt habe."

(29-jährige Schwester)

"Unser Team war schon 1977 in der glücklichen Lage, einen Psychologen in der Gruppe zu haben. Selbst habe ich gelernt, wie wichtig die Beispiele und der

Mut der erfahrenen Schwestern sind. - Ich fand durch meine Arbeit auf der Nuklear-Medizin ein ganz neues Verhältnis zum Leben und habe mich intensiv mit dem eigenen Sterben auseinandergesetzt, wobei ich oft das Gefühl habe, dass vieles Theorie bleibt - wenn's uns selbst trifft. Jeder Mensch stirbt, wie er gelebt hat - hat für mich viel Wahrheit."

(37-jährige Stationsschwester)

"Im Akutspital - Schichtwechsel - der Pat. wird gezwungenermassen immer mit vielen Leuten konfrontiert, die irgendetwas direkt oder indirekt an ihm machen - die 'persönliche Freiheit' (wie man so schön sagt) ist sehr klein, finde ich! Sobald ein todkranker Pat. auf Hilfe angewiesen ist, wird der ins Spital gebracht und dann ist er uns ausgeliefert. Wir kommen zu ihm und gehen wieder, ob wir ihm gerecht werden? Oder evtl. aus Unsicherheit ... Verlegenheit seinen Kreislauf überwachen!"

(28-jährige Schwester)

(C) Kritik an Gültigkeit und Differenziertheit der Probleme

"Pauschalurteile sind mit Vorbehalt zu beurteilen. Vor allem Alter, Familienstand, Ausbildung und Lebensgeschichte spielen eine entscheidende Rolle."

(26-jähriger Assistenzarzt)

"Den sterbenden Patienten gibt es eigentlich gar nicht, es gibt nur verschiedene Persönlichkeiten mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund. - Das Alter spielt z.B. eine Rolle, ob Familie usw. (Was ihnen natürlich gemeinsam ist, ist die starke Auseinandersetzung mit sich selbst. Aber wie diese Auseinandersetzung aussieht, das kann ganz verschieden sein. - So wie eben jeder Mensch etwas anders mit seinen eigenen Problemen und Krisensituationen umgeht.)

(25-jährige Schwester)

"Die einzigen Fragen, die sehr direkt ausgedrückt werden, sind folgende: 3, 5, 6. Die übrigen Fragen müssen häufig als solche interpretiert werden."

(29-jährige Schulschwester)

"Ich glaube, dass fast jede Ihrer Problem-Feststellungen sich in einem sterbenden oder todkranken Pat. abspielen, nur werden diese Probleme sehr selten so deutlich geäussert. Ich arbeite seit drei Jahren mit Tumorpatienten. Ich muss immer wieder lernen, durch sogenannt 'nebensächliche', unscheinbare Bemerkungen auf diese Kernprobleme zu schliessen. Ich finde die Reihe der Problemäusserungen sehr sinnvoll und praxisbezogen."

(26-jährige Schwester)

"Ihre Definition von sterbend/todkrank ... hat mir Mühe gemacht, weil die Übergänge von gesund zu krank in Wirklichkeit viel weniger greifbar sind, als es Ihre 5 Feststellungen (bei der Defintion auf S. 1 des Fragebogens) erahnen lassen."

(43-jähriger Teilzeitpfarrer)

(D) Kritik an Methodik und Art der Untersuchung

"Ich könnte mir vorstellen, dass diese Studie letztendlich mehr über die antwortenden Ärzte, ihren persönlichen Umgang mit der Tatsache des Sterbens aussagt, als über diejenigen, um die es geht, nämlich die sterbenden Patienten.
Ich nehme an, die Antwortenden werden in der Frage nach 'oft' und 'manchmal' sehr stark davon geleitet, welches Gewicht die jeweilige Frage für sie selber hätte. 'Objektiver' wäre wohl, einen entsprechenden Fragebogen an einem begrenzten Kollektiv von Fall zu Fall auszufüllen."

(39-jähriger Oberarzt)

"Diese Fragebogenaktion erachte ich als unwissenschaftlich. Sie ist nicht geeignet, über die tatsächlichen Anliegen und Probleme Todkranker Auskunft zu geben, sondern widerspiegelt nur den Eindruck des Arztes. Zudem sind die individuellen Voraussetzungen der Patienten, wie Sie im Ingress sagen, derart verschieden, dass diese Fragen in dieser Form nicht beantwortbar sind. Eine solche Untersuchung wird nur dann wertvoll, wenn sie prospektiv, mit einem Team von Ärzten und Pfarrherren durchgeführt wird, welche sich gemeinsam auf die Aufgabe vorbereiten."

(41-jähriger Oberarzt)

"Der Fragebogen ist offensichtlich so ausgelegt, dass er von einem Computer wenn nicht gelesen, so doch ausgewertet werden kann. Er spiegelt eine gewisse Genauigkeit vor, die aber eigentlich gar nicht existiert. (...) Im Zusammenhang mit Ihren Fragen, wo nun sehr nach Gefühl und sehr ungenau gewertet werden muss, habe ich mich zunächst gefragt, was heisst eigentlich 'oft, manchmal etc.'. Subjektiv haben wir ja immer die Tendenz, gewisse Dinge überzubewerten. Wenn wir mit gewissen Fragen konfrontiert werden, meinen wir, wir werden oft damit konfrontiert, was aber eigentlich heisst, dass wir fühlen, zu oft damit konfrontiert zu werden, obwohl absolut gesehen, die Sache eventuell nicht sehr häufig ist. Man müsste demnach definieren, was heisst oft. Fünf mal pro Jahr? Jeder 5. Patient? Selbst wenn ich wollte, hätte ich ausserordentliche Mühe, diese Fragen in dieser Art, die eine gar nicht vorhandene Genauigkeit vorspiegelt, zu beantworten."

(48-jähriger Oberarzt)

"Etwas künstlich gestellte Fragen. Das Leiden des akut kranken Krebspatienten ist so entsetzlich, dass da ganz andere Fragen vordergründig sind! (...) Das stille, gefühlvolle Begleiten ohne Worte ist wichtig!! Die Nähe durch das Sein ist mehr als komplizierte Gespräche."

(51-jährige Stationsschwester)

"Ich finde, dass Statistiken sowieso nie wahr sind, wenn es um Meinungen oder Gefühle geht. - Wenn Sie persönlich mehr mit schwerkranken Pat. zusammenkommen, werden Sie selber merken, dass nicht zwei genau die gleichen Probleme haben. Wir sollten einfach vermehrt da sein für die Kranken und ihnen von unserer Zeit schenken, ohne dabei unbedingt für uns profitieren zu wollen."

(55-jährige Schwester)

(E) Äusserungen zur Frage der Beurteilbarkeit der Probleme

"Ein wichtiges Problem scheint mir, dass der Grossteil (!) der Patienten nicht die Möglichkeiten/Fähigkeiten besitzt, seine Nöte/Ängste/Probleme sprachlich/in Worten ausdrücken zu können. All diese Patienten brauchen m.E. einen Betreuer/Begleiter, der diese 'Sprachfähigkeit' vermitteln kann, sei es durch eigene nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten (Kunst-'Therapie' etc.)."

(35-jähriger Assistenzarzt)

"Ich bin der Meinung, dass Ihre Fragen zu sehr auf den 'todkranken Pat.' als theoretische 'summa summarum' abgestellt sind, und ich neige dazu, Ihre Antwort 42 (Problemfragen nicht beantwortbar, "weil über todkranke Patienten überhaupt keine allgemeinen Feststellungen möglich sind") zu unterstützen. Man kann die sterbenden Menschen beinahe nicht über einen Kamm scheren, ohne der einmaligen Individualität des einzelnen Zwang anzutun."

(33-jähriger Assistenzarzt)

"Ich denke, es dürfte recht schwierig sein, dieses Problem in seiner Ganzheit zu erfassen. Wie oft stehen wir am Sterbebett und können dieses Sterben in keine 'Kategorie' einordnen. Wissen wir wirklich, was in diesem Menschen nun vorgeht? Seine geheimsten Gedanken/Gefühle? Ich glaube, nicht immer, und vielleicht sterben diese Menschen ganz anders, als wir von aussen beurteilen."

(26-jährige Schwester)

"Trotz allen Problem-Feststellungen möchte ich betonen, dass jeder Pat. seinen eigenen, unvergleichlichen Tod stirbt, da der Mensch ein Individuum ist und bleibt bis zu seinem Tode. Habe während meiner 8-jährigen Tätigkeit noch keine zwei Menschen gleich sterben sehen. Die schematischen Phasen von Kübler-Ross sind grobe Raster, es gibt dazwischen tausende von Varianten."

(28-jährige Stationsschwester)

(F) Äusserungen zur Frage: "Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert?"[1)]

Ärzte

"Wenn nach Rücksprache mit den Angehörigen die Diagnose für den Pat. im Spital wichtig ist."

---

1) Dieses Item hatte folgende Antwortvorgaben: "Ja, grundsätzlich"; "Nein, grundsätzlich nicht"; "Nur wenn die Patienten fragen"; "Nur in besonders begründeten Fällen"; "In noch anderen Fällen (bitte angeben)". - Im folgenden werden zunächst die unmittelbar zu diesem Item gemachten Äusserungen wiedergegeben, danach die Kommentare von der letzten Seite des Fragebogens, die sich darauf beziehen.

"Eher ja, aber nicht grundsätzlich. Psyche, Verfassung, Konstitution der Patienten werden berücksichtigt."

"Es wird versucht, dem Pat. die Frage mehr oder weniger in den Mund zu legen."

Schwestern

"Die Frage kann und darf ich nicht beantworten, ich wünschte mir jedoch die Variante 1 ("ja, grundsätzlich").

"Je nach Arzt, je nach Laune des Chefs (z.B. bei Privatpat.) + wenn die Angehörigen es wollen."

"Das Pflegepersonal drängt den Arzt."

"Keine sehr klaren Informationen; häufig nur einmalige Information von Ärzten; Gespräche werden den Schwestern überlassen."

"Ja, aber oft in einer Sprache, die die Pat. gar nicht verstehen."

"Oft wusste ich selber nicht, wissen es die Pat. oder nicht? Kommunikationsproblem Arzt - Schwester."

Pfarrer

"Manchmal sehr brutal, nicht ... in der Bereitschaft, das harte Urteil solidarisch mitzutragen."

"Arzt und Patient ermöglichen oder verunmöglichen Information."

"Ich weiss nicht so recht. Im Prinzip, glaube ich, ja; aber so verschlüsselt, dass der Pat., der es nicht hören will, überhören kann. Oder man sagt es ihnen. Aber im weiteren Verlauf wird nicht mehr darüber gesprochen. Dafür sagt man dann: Heute sind wir sehr zufrieden mit Ihnen. Sie reagieren gut auf die Medikamente. Nur nicht den Mut aufgeben. Das Röntgenbild sieht gut aus (der Arzt meint, relativ zur Diagnose, der Pat. hofft, im Blick auf seine Genesung) etc."

"Die Diagnose wird bei uns vom Arzt dem Pat. schrittweise angeboten, z.B. mit der Frage 'Sind Sie sich eigentlich im klaren, um was es bei Ihnen geht' oder dergleichen. Der Pat. muss in der Antwort dann klarlegen, ob er und wieweit er informiert sein will. Ich habe mit dieser 'Gesprächstaktik' eigentlich gute Erfahrungen gemacht. - Im grossen ganzen gehe ich dabei auf Ersuchen von Angehörigen, den Pat. nicht zu informieren, nicht ein, da ich meistens Ängste und Projektionen der Angehörigen dahinter sehe."

(41-jähriger Oberarzt)

"Zu spezifisch formuliert, die wichtigste Art der Information fehlt, nämlich diejenige, die sich erst im Verlaufe des Gespräches ergibt."

(32-jähriger Assistenzarzt)

"Die Pat. fragen praktisch ausnahmslos auf irgendeine Weise nach ihrer Diagnose."
(28-jähriger Assistenzarzt)

"Ich glaube, dass prinzipiell jede Klinik und jeder Arzt für die Information des Pat. eintritt. Wenn dies dennoch nicht in allen Fällen zutrifft, so hat dies meines Erachtens mit zweierlei zu tun: 1) praktische Unmöglichkeit zu informieren, wenn Interaktion Patient/Arzt schlecht; 2) Informationsmöglichkeit von seiten des Arztes ist abhängig von dessen Reife, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen."
(35-jähriger Assistenzarzt)

"Oft sind die Pat. mit der Krankheit so beschäftigt, dass sie gar nicht nach der Prognose, nach der unmittelbaren Zukunft fragen. Oft merken sie einfach, dass es zu Ende geht."
(34-jähriger Assistenzarzt)

"Aufklärung über Diagnose immer noch ein grosses Problem. Es ist sehr bitter, ein solches Urteil zu hören, gleichzeitig eine grosse Chance für Patient, Angehörige und Pflegepersonal. Das Versteckspiel treibt den Pat. unweigerlich in eine Isolation, es verunmöglicht ihm, seine Angst und Gefühle zu äussern."
(31-jährige Schwester)

"Andere Untersuchungen und meine langjährigen Beobachtungen und ständige Weiter- und Ausbildung gerade auf diesem Gebiet haben mir gezeigt, dass es eine sehr schlechte Tat ist, den Menschen über sein Leiden aufzuklären. Das hat sich immer negativ auf das Gemüt des Menschen ausgewirkt."
(36-jährige Schulschwester)

"Es fragen (fast) alle Pat. nach der Diagnose."
(54-jährige Stationsschwester)

"Auch meine Position den todkranken Pat. gegenüber ist nicht einfach, da eine Krankenschwester nicht die Kompetenz hat, die Pat. aufzuklären und somit zum Theaterspielen verurteilt ist. Die Kommunikation zwischen Krankenschwester und Patient wird dadurch gestört."
(28-jährige externe Schwester)

(G) Äusserungen zur Bedeutung religiöser Einstellung beim sterbenden Patienten

"Alle mit einem * bezeichneten Fragen (Problem 8, 12, 14, 18, 20) lassen sich in einer Frage zusammenfassen: 'Was ist der Sinn des Lebens?' Wie kann ich vor Gott bestehen? Und diese Frage ist die Frage, die gestellt wird. Alle Menschen, die ich bis jetzt sterben gesehen habe, ob sie nun bis zum Schluss versucht haben, Gott zu ignorieren, stellen sich diese Frage. Alles andere wird immer kleiner. Am Schluss steht nur noch: wo gehe ich hin?"
(24-jährige Schwester)

"Es braucht sehr viel Fingerspitzengefühl, um herauszubekommen, was die Pat. am meisten bedrückt oder von was sie gern reden möchten. Die Einen sind

redselig, die anderen sind aggressiv, und man merkt aus ihren Reaktionen, was sie blockiert. Bei den Einen ist Gott tabu, oder sie werden enttäuscht sagen - er hat mich doch im Stich gelassen. Bei etlichen Patienten kam ein Aufatmen, als ich von Gott sprach und sie fragte, ob ein Pfarrer ihnen wohltun würde."

(23-jährige Schwester)

"Alle Patienten, die lange Zeit nicht mehr zur Kirche gegangen sind, machten vor dem Sterben eine schwere Phase durch. Sie wurden aggressiv, schikanierten das Personal. Aber mit viel Geduld und Einfühlungsvermögen konnte man den Patienten helfen, diese Phase durchzutragen, bis sie dann glücklich in Gott sterben durften."

(51-jährige Schwester)

"Schon oft habe ich beobachtet, dass sog. 'fromme Menschen' sich sehnten nach dem Tod. Aber wenn sie dann wirklich todkrank waren, hatten sie grosse Angst vor dem Sterben, und - wenn sie vorher vielleicht nicht sehr intensiv den Arzt beanspruchten, so waren sie im letzten Leiden die, die ständig mehr ärztliche Hilfe und Kunst verlangten."

(52-jährige externe Schwester)

(H) Wünsche nach besserer Aus- und Weiterbildung und vermehrter Teamarbeit

"Meiner praktischen Erfahrung nach fehlt es (zumindest in der Region Zürich) an entsprechenden ausgebildeten Leuten, uns Assistenten nicht selten an Zeit (und Ausbildung) und nicht zuletzt an den finanziellen Mitteln (vgl. finanzielle Probleme bei der Anstellung einer psychoonkologischen Assistentin/Maltherapeutin, die wir in unserer Abteilung dringend benötigen würden, gar nicht zu sprechen von unserem Bedürfnis nach einem Supervisions-Psychiater)."

(35-jähriger Assistenzarzt)

"Untersuchungen dieser Art sind dringend nötig; vor allem aber müssten die Ärzte über die Problematik des todkranken Pat. aufgeklärt werden; sie bedürften der psychologischen Schulung, vor allem des Einfühlungsvermögens, der Gesprächsführung mit dem Pat. Den Pat. beschäftigen im Grunde alle gestellten Fragen, solange aber die Ärzte Angst haben, mit den Pat. darüber zu sprechen, wird der nichts genaues darüber sagen können (und leider auch Ihre Statistik ungenau sein)."

(30-jähriger Assistenzarzt)

"Pat. eröffnen ihre Probleme immer noch zu häufig nicht dem Arzt (Arzt pressant; Pat. 'ungebildet', weiss seine Rechte und Pflichten nicht; schwierige medizinische Materie...). Es braucht Dolmetscher zwischen Arzt und Pat. Pat. (insbesondere Krebskranke) brauchen mehr umfassende Lebenshilfe, als sie selbst meinen (oder wollen?). Aber natürlich sollte jede Hilfe an Leidenden/Sterbenden im gesunden Zustand tüchtig vorbereitet sein.

(61-jähriger Chefarzt)

"Ich bin 1973 diplomiert worden, habe während der Ausbildung sehr wenig Psychologie, Ethik, etc. in der Schule genossen, schade. Man wird ohne persönliche Erfahrung eingesetzt. Man wird vor Situationen gestellt, wo man völlig überfordert ist und keine Ahnung hat, wie man sich verhalten soll."

(32-jährige Stationsschwester)

"Angebracht scheint mir auch, danach zu fragen, wie wir Schwestern den todkranken Pat. erleben und wie wir mit dem Sterben unserer Pat. fertig werden. Mir scheint, auch wir sollten (sehr oft) Hilfe anfordern können, damit wir unsere Pat. effizienter begleiten könnten!"

(48-jährige Schwester)

(I) Wünsche nach Ausweitung der Untersuchung auf andere Patientengruppen und medizinische Bereiche

"Wäre es nicht wünschenswert, die praktizierenden Ärzte in die Untersuchung einzuschliessen, besteht doch häufig ein intensiver und langjähriger Kontakt mit den Pat."

(30-jähriger Assistenzarzt)

"Die Fragen berücksichtigen für mich nur Menschen, die in ihrem Sterbegang noch verbal kommunizieren können (z.B. Krebskranke im allgemeinen Spital). Viel häufiger ist doch das Sterben auf Pflege- (Geriatrie) Abteilungen, bei oft verwirrten Menschen, die kaum noch auf verbale Kommunikation reagieren können. Ich würde es begrüssen, dass die begleitenden und averbalen Möglichkeiten Gegenstand einer Untersuchung wären, deren Auswertung hilfreich und praktisch umsetzbar sein könnten."

(29-jährige Schulschwester)

"Oft finde ich es schwierig, mit beatmeten/intubierten Pat. zu sprechen, welche das Bedürfnis zeigen, sprechen zu wollen! Ich wäre über Anregungen und Tips sehr dankbar."

(31-jährige Stationsschwester)

"Schade, dass Sie nicht auch an die spitalexterne Krankenpflege gedacht haben. Vielleicht hätte Ihnen dies ein noch umfassenderes Bild vermittelt."

(25-jährige Gemeindeschwester)

"Sie, Herr Mühlen, Herr Küng, Frau Kübler-Ross usw., alle beschäftigen sich mit dem Sterbenden. Aber nur mit dem Sterbenden, mit dem man noch sprechen kann - es ist schon wichtig, das finde ich auch, solchen Menschen beistehen zu können, die noch Fragen haben usw. Was aber ist mit jenen Sterbenden, mit denen man keine Kommunikation mehr hat? Jene, von denen man nicht weiss, ob sie einen hören oder noch evtl. sehen können? Diesen Sterbenden steht man oft hilflos gegenüber! Ich glaube, auch diesen Sterbenden gehört grösste Aufmerksamkeit!! Aber wie??"

(42-jährige Schwester)

"Ich arbeite zwar nicht im Spital, aber auch hier in der Gemeindekrankenpflege haben wir oft todkranke und sterbende Pat. zu betreuen. Es wird

nämlich durchaus nicht nur im Spital gestorben, ganz im Gegenteil, viele todkranke Pat. fürchten das Spital und ziehen es vor, wenn immer möglich in den eigenen vier Wänden zu sterben."
(42-jährige Gemeindeschwester)

"Der Problemkreis 'Angehörige' war für mich fast immer schwieriger zu bewältigen als die Probleme rund um den Sterbenden selbst."
(29-jährige Schwester)

"In meiner Arbeit auf der Intensivstation habe ich wohl sehr oft mit sterbenden Pat. zu tun, doch sehr oft ist ein Gespräch nicht möglich (Reanimation, intubierte Pat., verwirrte Pat.). Meist brauchen die Leute auch eine gewisse Zeit, um zu realisieren, wie schlecht es ihnen wirklich geht. Ich denke da vor allem an Pat. mit Herzinfarkten. Wohl kann man sie nicht als sterbende Pat. bezeichnen, doch ist die Lebenserwartung stark gesenkt."
(28-jährige Schwester)

"Die gleiche Feststellung beim Kind, dem Jugendlichen und beim jungen Erwachsenen (inklusive Eltern) würde mich sehr interessieren."
(30-jährige Stationsschwester)

"Sie haben im Fragebogen wenig an sehr alte Leute in Krankenheimen, Pflege- und Altersheimen gedacht."
(60-jährige Schwester)

"Mit Begeisterung wollte ich mich an der Umfrage beteiligen, stiess dann aber bald auf verschiedene Hürden... Ich glaube, es liegt daran, dass ich es vorwiegend mit einer ganz bestimmten Pat.gruppe zu tun habe. Sie erfüllen zwar die an den Anfang der Definition (von sterbendem Patient im Fragebogen) gestellten Kriterien, leiden aber alle an den Spätfolgen einer chronischen Krankheit (Diabetes, arterielle Verschlusskrankheiten, meist Amputation von Gliedmassen). Die meisten dieser Krankheiten lösen nicht den Schrecken aus wie die Diagnose 'Tumor' oder 'Krebs', führen aber ebenso unweigerlich und meist nicht weniger qualvoll zum Tod."
(50-jährige Schwester)

"Da ich seit ca. 8 Jahren nur in der Anästhesie tätig war, kann ich den Fragebogen zuwenig kompetent beantworten. Ich sehe Pat. entweder schon tot (Unfälle, Herzinfarkte, etc.) oder sterbend bei 'Reanimationssituationen'. Diese akuten 'kurzen' Zeiten reichen meist nicht dazu aus, psychische Situationen des Pat. zu beobachten, zu fühlen."
(33-jährige Schwester)

"Ich habe oft mit todkranken Kindern Kontakt und habe festgestellt, dass oft statt der Kinder deren Eltern oben genannte Probleme haben und diese auch aussprechen. Da die Eltern oft tagelang bei ihren todkranken Kindern bleiben, habe ich einen intensiven Kontakt zu ihnen. Häufig können die Eltern solche Äusserungen nur gegenüber Schwestern oder Ärzten machen."
(31-jährige Oberschwester)

"Der jahrzehntelange Umgang mit Pat. hat mir gezeigt, dass die meisten Punkte Ihrer Problemstudie auch auf nicht todkranke Pat. angewendet werden

können. Die Angst vor einer Operation oder einem anderen gravierenden Eingriff kann meines Erachtens weitgehend der Angst eines Todkranken gleichgestellt werden."

(47-jährige Stationsschwester)

3. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Im folgenden sollen einige Punkte der zitierten Bemerkungen hervorgehoben und zu einigen anderen Stellung genommen werden.

(1) Sowohl die grosse Anzahl der Bemerkungen wie auch ihre erstaunliche Offenheit lässt darauf schliessen, dass die Thematik der Studie für die befragten Bezugspersonen Sterbender von grosser Bedeutung ist. Die Ausführlichkeit vieler Kommentare wie auch die Vielzahl von guten Wünschen für den Erfolg der Untersuchung - beides geht aus der obigen Auswahl nur zum Teil hervor - zeigt, dass die Frage der Betreuung Sterbender für viele Bezugspersonen ein sie persönlich bewegendes Thema ist.

(2) Die Skepsis gegenüber der Verwendung statistischer Methoden bei einem Thema dieser Art kommt in den zitierten Äusserungen zum Ausdruck, tritt aber insgesamt zahlenmässig kaum in Erscheinung. Immerhin hoffe ich, mit der vorliegenden Arbeit zeigen zu können, dass Statistik und elektronische Datenverarbeitung nicht mehr als - allerdings wichtige - Hilfsmittel sind, die dazu dienen, richtige Fragen zu stellen und entsprechende Antworten zu finden.

(3) Mit vielen Kommentatoren bin ich von der Wichtigkeit nonverbaler Äusserungen bei sterbenden Patienten überzeugt. Tatsächlich bedürfte es dringend der Erforschung dieses Bereiches und entsprechender Schulung von Bezugspersonen, um den Zugang zum Schwerkranken auch auf diesem Weg zu erleichtern. Ein erster Ansatz dazu findet sich bei ANTONOFF & SPILKA (1984/85) mit einer Studie über die Mimik sterbender Patienten.

(4) Die zahlreichen und deutlich formulierten Wünsche nach Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Bezugspersonen Sterbender lassen auf ein erhebliches Defizit in diesem Bereich schliessen.

(5) Die Offenheit, mit der über persönliche Schwierigkeiten im Umgang mit Todkranken gesprochen wird, lässt die enorm hohe Belastung erahnen, unter der Spitalpersonen stehen, die regelmässig mit Sterbenden zu tun haben.

(6) Die auffällige Häufung, mit der die Schilderung schwieriger Interaktionen mit dem Eingeständnis persönlicher Verlegenheiten im Umgang mit Schwerkranken verbunden ist, macht deutlich, dass ein Gewinn an Kompetenz und Fähigkeiten auf diesem Gebiet nicht ohne die Bereitschaft möglich sein dürfte, sich über rein sachliche Fragen hinaus persönlich zu engagieren.

(7) Der an einigen Stellen geäusserte Wunsch, die Betreuung sterbender Patienten durch stärkere Ausnutzung von Team- und Supervisionsmöglichkeiten effektiver zu machen, ist ein Anzeichen dafür, dass auch der sterbende Mensch im Spital wieder mehr unter ganzheitlichem Gesichtspunkt gesehen wird und dass seine bestmögliche Betreuung auf dem Ineinander der Fähigkeiten aller Bezugspersonen beruht. Andererseits wird dadurch die Notwendigkeit unterstrichen, die betroffenen Betreuer von Todkranken durch das Angebot von regelmässigen Gesprächen und andere Massnahmen in ihrer besonderen Situation zu entlasten.

(8) Angesichts der grossen Einheitlichkeit der Ansichten der befragten Ärzte, Schwestern und Pfarrer, wie sie sich in den bisherigen Punkten widerspiegelt, überrascht die Streuungsbreite der Meinungen zur Frage der "Wahrheit am Krankenbett", zumal es bei dieser Frage nicht um die persönliche Ansicht der Befragten, sondern um die tatsächlichen Verhältnisse an ihrem Arbeitsort ging. Dieses Ergebnis betont einmal mehr die zentrale Bedeutung und hohe Brisanz der Thematik von Information und Aufklärung des Patienten. Tendenziell könnte man von einer gewissen Enttäuschung der Schwestern über das Verhalten der Ärzte sprechen.

(9) Häufigkeit und Dringlichkeit, mit denen eine - besonders von den Schwestern gewünschte - Ausweitung der Untersuchung über den "normalen" sterbenden Patienten, der in der Regel ein Krebskranker ist, bzw. über den Patienten im Allgemein-Spital hinaus gefordert wird, sind als Warnung zu beachten, die vielen Sterbenden nicht zu vergessen, die mit Studien der vorliegenden Art nicht erfasst werden. Zwar war bei der Konzipierung der

Arbeit klar, dass mit der verwendeten Definition von sterbendem Patient eine Reihe von Kranken von der Erforschung ausgeschlossen würden, was auch rückblickend als methodisch sinnvoll bezeichnet werden kann. Aber erst die Reaktion der Befragten hat deutlich gemacht, wie viele Bereiche medizinisch-pflegerischer Versorgung von dieser Einengung der Fragestellung betroffen sind und wie gross die Unterschiede zwischen den verschiedenen Patientengruppen angesehen werden müssen. - Hier sind in erster Linie Geriatrie (Spital, Alters- und Pflegeheim, Gemeindekrankenpflege) und Intensivstationen zu nennen, auf denen der Prozess des Sterbens eine sehr grosse Rolle spielt, deren Patienten aber unter so speziellen Bedingungen betreut werden, dass die Dringlichkeit einer spezifischen Erforschung derartiger Interaktionsprozesse nur bejaht werden kann. (Für den Pflegebereich älterer Menschen in Heimen liegen in den Arbeiten des Sozialpädagogen REST bereits einige wichtige Arbeiten vor.)

2. DIE BEFRAGUNG VON PATIENTEN IM BEZIRKSSPITAL

2.1 Konzeption und Stichprobe

Die Studie über die Ansichten sterbender Patienten (Selbstbild) sollte auf einer grösseren Abteilung eines Spitals mit hoher Sterberate oder in einem kleineren Krankenhaus mit Einbezug möglichst aller Abteilungen durchgeführt werden. Gemäss den in der Gesamtkonzeption beschriebenen Richtlinien für die vorliegende Untersuchung war dazu eine Abteilung bzw. ein Spital zu finden, wo die Patienten grundsätzlich über ihre Diagnose informiert werden. Daneben - und dieses Kriterium erwies sich als viel bedeutsamer - war eine Aufgeschlossenheit der ärztlichen und pflegerischen Leitung gegenüber der Fragestellung und Kooperationsbereitschaft für die Durchführung der Studie nötig. Bei Anfragen in verschiedenen grösseren und kleineren Krankenhäusern in und ausserhalb von Zürich zeigten nur zwei Chefärzte die Bereitschaft, die Studie in ihrem Spital durchführen zu lassen. Das gewählte Bezirksspital bot dazu die besten Voraussetzungen. Dieses Spital, etwa 25 km von Zürich entfernt, ist das für den betreffenden ländlichen Bezirk zuständige Krankenhaus. Es umfasst die Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/ Geburtshilfe mit 37, 31 und 6 Betten.

Die Untersuchung fand in der Zeit zwischen September 1983 und Mai 1984 statt. In dieser Zeit habe ich mit insgesamt 40 todkranken Patienten jeweils mehrere Gespräche geführt (Durchschnitt: 3.1). Von den Patienten konnten 11 in die Studie aufgenommen werden. Die übrigen Patienten blieben entweder nur so kurze Zeit im Spital (unerwartet schneller Tod oder baldige Entlassung nach Operation), dass eine Befragung nicht möglich war, obwohl der sich anbahnende Kontakt eine solche als möglich erscheinen liess. In anderen Fällen erreichte der Kontakt mit dem Patienten trotz mehrerer Gespräche nicht die Basis, auf der es möglich war, den Kranken mit dem Problemkatalog zu konfrontieren. Obwohl diese beiden Patientengruppen (N=10 und N=7) in den numerischen Resultaten der Studie nicht berücksichtigt werden, trugen die Gespräche mit ihnen nicht unwesentlich zur Erfahrung bei, die ich im Umgang mit Sterbenden im Bezirksspital sammeln konnte, so dass auch über sie berichtet

wird. Weitere 12 Patienten, mit denen ich Kontakt hatte, waren in einem so stark beeinträchtigten Zustand, dass sie von Anfang an nicht für eine Befragung vorgesehen werden konnten.

Neben den Gesprächen mit den Kranken bestand regelmässiger Kontakt mit Ärzten, Schwestern und anderen Bezugspersonen der Patienten. Es gehörte mit zur Konzeption der Studie, dass jeder Patient, der auf seine Probleme hin befragt wurde, von dem für ihn zuständigen Assistenzarzt, einem der leitenden Ärzte, einer Schwester und zusätzlich von mir als Pfarrer bzw. Psychologe auf die gleichen Fragen hin beurteilt wurde. Auf diese Weise kamen bei den 11 befragten Patienten zur Selbstbeurteilung je vier Fremdbeurteilungen hinzu.

2.2 Methodik

Bei der Konzeption für die Befragung der Patienten bin ich von der Überlegung ausgegangen, dass es für mich und die Patienten leichter wäre, wenn ich ihnen als Pfarrer und nicht als Psychologe begegnen würde. Ist doch die Rolle des Psychologen im Spital, zumal auf dem Land, noch keineswegs allgemein anerkannt, während der Theologe am Bett des Kranken, besonders des Todkranken, eine gewohnte Erscheinung ist. In Absprache mit der für das Spital zuständigen Pfarrerin habe ich mich deshalb den Patienten gegenüber als reformierter Spitalpfarrer vorgestellt, der sich zusätzlich zu ihr um sie kümmern würde. Diese, wenn man so will, Verschleierung meiner Funktion war in ihren Implikationen und möglichen Auswirkungen vor Beginn der Studie gründlich bedacht und als nicht sehr gravierend beurteilt worden. Denn meine Leitlinie gegenüber den Patienten und dem Personal des Hauses war von Anfang an, mich um alle schwerkranken Patienten zu kümmern, unabhängig davon, ob sie für die Studie in Frage kamen oder nicht. Trotzdem wäre es psychologisch fragwürdig, wenn ich grundsätzlich in Abrede stellen wollte, dass es in den neun Monaten meiner Spitaltätigkeit auch einen gewissen "Forschungsdruck" gegeben hat, der meine Aufmerksamkeit besonders solchen Patienten zuwandte,

die für die Studie in Frage kamen. Einem solchen motivationalen Hintergrund kann man sich vielleicht nicht ganz entziehen. Aber ich habe versucht - soviel glaube ich sagen zu können -, mir dieses Tatbestandes stets bewusst zu bleiben und mich in meinem Verhalten so wenig wie möglich davon beeinflussen zu lassen.

Um möglichst viel von Geschehen und Atmosphäre im Spital mitzubekommen, war mir sehr viel daran gelegen, mit den Mitarbeitern des Krankenhauses in guten Kontakt zu kommen. (SPIEGEL-RÖSING (1984) hat in ihren forschungsethischen Überlegungen sicher recht, wenn sie gerade von thanatologischen Forschern selbstkritische Auskunft über ihren persönlichen Hintergrund, ihre Motivation, ihre Ziele und Methoden verlangt.) Mit tatkräftiger Unterstützung der pflegerischen und ärztlichen Leitung des Hauses war es mir deshalb möglich, zu Beginn meiner Studie mit fast allen Schwestern und Ärzten ein persönliches Gespräch zu führen, in dem ich mich und meine Studie vorstellte. Zusätzlich konnte ich mein Vorhaben in zwei Referaten vor den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern vertiefen. Ausserdem gelang es, aus Mitarbeitern des Hauses einen Arbeitskreis von etwa 10 Ärzten und Schwestern zu bilden, der in insgesamt fünf Sitzungen die Studie kritisch begleitete und dessen Anregungen an manchen Stellen zur Verbesserung meines Vorgehens beitrugen. Als Gegenleistung habe ich versucht, die Mitarbeiter des Spitals schon während der Untersuchung an meinen Erkenntnissen und Erfahrungen teilnehmen zu lassen, indem ich sie in insgesamt drei Rundschreiben über den jeweiligen Stand der Studie informierte. Eine solche Rückmeldung ist mit Beendigung der vorliegenden Arbeit nochmals erfolgt.

Wie sah nun das konkrete Vorgehen innerhalb des beschriebenen Rahmens aus? Von den drei Chef- und zwei Oberärzten des Spitals wurde mir regelmässig oder auf Anfrage mitgeteilt, welche Patienten gemäss der von mir vorgegebenen Definition von sterbendem Patient (aufgeklärt, bewusstseinsklar, Tod innerhalb eines Jahres erwartet - s.o. S. 63) für die Studie in Frage kamen. Mit diesen Patienten habe ich dann, meist im Laufe von mehreren Wochen (ich war jeweils zwei oder drei Halbtage pro Woche im Spital) mehrere Gespräche geführt, deren Inhalt ich jeweils in einem kurzen Protokoll festhielt, in dem

auch eine Beurteilung des Patienten nach Antrieb und Stimmung sowie der Art der Kommunikation stattfand (vgl. Patientenbogen 1 im Anhang B 1). In diesen Gesprächen ging es allgemein um die Situation des Patienten im Spital, seine Gefühle und Ansichten sich selbst und seiner sozialen Umwelt gegenüber. Wenn es sich im Laufe der Begegnungen als möglich erwies, mit dem Patienten offen, und ohne dass eine zu grosse Belastung für ihn spürbar war, über die Ernsthaftigkeit seiner Erkrankung zu sprechen, teilte ich ihm bei günstiger Gelegenheit (möglichst keine Störung durch Besucher oder Personal zu erwarten, möglichst geringe Müdigkeit oder Belastung durch Schmerzen) mit, dass ich mich seit längerer Zeit mit den Problemen beschäftigte, die schwerkranke Menschen bewegten. Auf diesem Gebiet gäbe es noch manches zu verbessern. Ich hätte einige der Themen, über die sich viele Schwerkranke Sorgen machten, aufgeschrieben und wollte den Patienten fragen, ob er sich diese einmal anschauen und mir sagen könnte, ob sie auch für ihn zutreffen würden.

Die 20 Probleme waren von mir auf Kartonkarten im Format A-7 geschrieben, die ich bei jeder Befragung in eine Zufallsreihenfolge brachte. Der Kranke wurde gebeten, sie nach folgenden, ebenfalls auf (andersfarbigen) Karten vorliegenden Kategorien zu ordnen: "Das ist für mich kein Problem" - "Das ist für mich ein Problem" - "Das ist für mich ein grosses Problem".

Die angesprochenen Patienten waren ohne Ausnahme zur Mitarbeit bereit. Nur einer der 11 Befragten wollte dazu nähere Auskunft haben, die ich ihm im Anschluss an die Sortierung der Karten gab (was ihn im Verlauf unserer weiteren Begegnungen immer wieder mit Interesse und Verbesserungsvorschlägen darauf zukommen liess). Wenn immer möglich, liess ich den Patienten für die Einschätzung der Probleme allein und kam nach etwa 20 Minuten wieder in sein Zimmer zurück. Drei der 11 Pateinten waren zu schwach oder zu behindert, um die Sortierung selbst durchzuführen. Ich habe in diesen Fällen die Probleme Karte für Karte vorgelesen und nach direkter Anweisung des Patienten zugeordnet. Alle Patienten wurden nach Abschluss der Befragung noch auf evtl. fehlende Probleme angesprochen und diese später von mir vermerkt. Wenn möglich, habe ich direkt im Anschluss an die Zuordnung der Probleme, ansonsten im nächsten Gespräch einige Tage später, mit dem Kranken über das gesprochen, was sich aus der Befragung ergeben hatte.

Das beschriebene Verfahren ist in der Literatur und aus vielen psychologischen Befragungen als Rangordnungsverfahren oder Q-Sort (Sortierung von Fragen) bekannt (vgl. z.B. KLAPPROTT 1975). In seiner klassischen Form (STEPHENSON 1953) werden dem Befragten dabei eine Reihe von Karten mit bestimmten Aussagen vorgelegt, die er danach ordnen muss, in welchem Ausmass sie für ihn zutreffen. Um das Sortieren der Karten besser vergleichen zu können, wird oft mit einer erzwungenen Normalverteilung gearbeitet. - In unserem Fall war ursprünglich vorgesehen, die Problemkarten vom Patienten nach Wichtigkeit in eine Rangordnung bringen zu lassen. Vorversuche mit gesunden Vpn zeigten aber, dass bereits eine Sortierung von weniger als 20 Items Mühe machte, so dass dieser Weg aufgegeben und durch die beschriebene Aufteilung nach drei Kategorien ersetzt wurde. Die spezielle Form, die Probleme auf einzelnen Karten vorzulegen, wurde wegen der besseren Handhabbarkeit für die schwerkranken Patienten gewählt. Ein Fragebogen hätte nicht nur mehr und vielleicht verwirrende Informationen auf einmal geboten, sondern auch in der Bearbeitung höhere Ansprüche an die Patienten gestellt.

Sobald ein Patient seine Problemlage beurteilt hatte, wurde der für ihn zuständige Assistenzarzt, der verantwortliche leitende Arzt und die diplomierte Schwester, die am meisten mit ihm zu tun hatte, gebeten, die Situation des Patienten ihrerseits einzuschätzen. Dies geschah mittels eines Fragebogens (s. Anhang B 6), der die 20 Probleme in gleicher Formulierung und Kategorisierung wie bei der Patienten-Befragung enthielt. Die Betreuer hatten zusätzlich die Möglichkeit, bei jedem Problem anzugeben, dass sie darüber nicht Bescheid wüssten. Daneben mussten die befragten Schwestern und Ärzte Quantität und Qualität ihres Kontaktes zum Patienten und Art und Weise ihrer Information über die lebensbedrohliche Erkrankung ihm gegenüber einschätzen. Ausserdem hatten sie den Kranken nach der Stärke seiner Auseinandersetzung mit Tod und Sterben und seiner Reaktion auf die Information zu beurteilen. Schliesslich wurden sie um ihr Urteil über den Grad seiner physischen und psychischen Beeinträchtigung gebeten. Der gleiche Fragebogen wurde von mir ausgefüllt. Die betreffenden Befragten waren gebeten, ihre Einschätzung so bald wie möglich nach der Selbsteinschätzung des Patienten durchzuführen, damit sich Selbst- und Fremdbeurteilungen auf den gleichen Zeitraum bezogen. In

vier Fällen war allerdings nicht zu vermeiden, dass Verzögerungen von einigen Tagen auftraten.

Nachdem ein Patient an der Befragung teilgenommen hatte, wurde der Kontakt zu ihm in der gleichen Art wie vorher fortgesetzt. In vielen Fällen ergaben sich im Laufe der Zeit auch Gespräche mit Angehörigen. Ebenso konnte ich mit dem pflegerischen und medizinischen Personal regelmässig über meine Eindrücke vom Patienten sprechen, wobei sich manchmal wichtige gegenseitige Ergänzungen ergaben.

Was die übrigen schwerkranken Patienten anging, die nicht mittels Q-Sort befragt werden konnten, wurden auch in diesen Fällen von mir alle Gespräche protokolliert. Auf diese Weise liessen sich ebenfalls eine Reihe von Sorgen erkennen, die entweder vom Patienten direkt angesprochen wurden oder von dem, was er mitteilte, indirekt zu erschliessen waren.

2.3 Beschreibung der Stichprobe

Da es bei der Studie im Bezirksspital sowohl um die Selbstaussagen der Patienten geht, die später mit den Aussagen der schriftlich befragten Ärzte, Schwestern und Pfarrer sowie den Selbstaussagen der Patienten des Stadtspitals verglichen werden sollen, als auch um die Fremdaussagen bzw. attribuierten Selbstaussagen ihrer direkten Betreuer, werden im folgenden die wichtigsten Daten beider Befragten-Gruppen des Spitals wiedergegeben.

2.3.1 DIE PATIENTEN

(1) Geschlecht

Es handelte sich um 5 Männer (45.5%) und 6 Frauen (54.5%).

(2) Alter

Der jüngste Patient war 57, der älteste 82 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 67.2 Jahre.

(3) Familienstand

Von den 11 Patienten waren 2 ledig (18.2%), 5 verheiratet (45.5%) und 4 verwitwet (36.4%).

(4) Diagnose

Die Patienten wiesen folgende (Haupt-)Diagnose auf:

- Leukämie	1 (9.1%)	- Herzinsuffizienz	3 (27.3%)
- Magen-Darm-Carzinom	2 (18.2%)	- Lungenemphysem	1 (9.1%)
- Carzinom des Urogenital-Traktes	3 (27.3%)	- Lungenembolie	1 (9.1%)

2.3.2 DIE BETREUER

An den Beurteilungen der Patienten waren beteiligt:

- 6 Assistenzärzte	(5 männlich, 1 weiblich) (Durchschnittsalter: 31.7 Jahre)
- 5 Lt. Ärzte	(4 männlich, 1 weiblich) (Durchschnittsalter: 40.4 Jahre)
- 10 diplomierte Schwestern	(6 Schwestern, 3 Stationsschwestern, 1 Oberschwester) (Durchschnittsalter: 28.0 Jahre)
1 Psychologe/Pfarrer	(Alter: 40 Jahre)

Aus dieser Aufstellung ergibt sich, dass - abgesehen von mir, der ich an allen Einschätzungen beteiligt war - bestimmte Betreuer zwei- oder mehrmals Patienten beurteilt haben, was sich wegen der geringen Grösse des Spitals zwangsläufig ergab. Dies betrifft bei den Assistenzärzten vor allem eine Person, die insgesamt vier Patienten, und einen Lt. Arzt, der insgesamt fünf Patienten einschätzte. Bei den Schwestern kamen keine derartigen Häufungen vor.

2.4 Ergebnisse: Die Gruppe der beurteilten Patienten

2.4.1 DIE SELBSTBEURTEILUNG DER PATIENTEN

Die Angaben der 11 Patienten verteilen sich wie folgt auf die 20 Probleme:

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
N	11	11	11	11	10	11	10	10
KEIN PROBLEM	7	8	7	8	8	6	10	6
PROBLEM	1	2	4	2	2	4	0	4
GROSSES PROBLEM	3	1	0	1	0	1	0	0
$\bar{x}$	0.36	0.27	0.36	0.27	0.20	0.45	0.00	0.40
s	0.50	0.47	0.50	0.47	0.42	0.52	0.00	0.52

	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
N	11	10	11	11	11	11	10	10
KEIN PROBLEM	9	6	6	7	7	8	8	6
PROBLEM	1	4	5	1	4	3	0	3
GROSSES PROBLEM	1	0	0	3	0	0	2	1
$\bar{x}$	0.18	0.40	0.45	0.36	0.36	0.27	0.20	0.40
s	0.40	0.52	0.52	0.50	0.50	0.47	0.42	0.52

	P17	P18	P19	P20	$\bar{x}$	SUMME N	%
N	10	11	10	11		212	100.0
KEIN PROBLEM	5	10	6	6		144	67.9
PROBLEM	5	1	3	2		51	24.1
GROSSES PROBLEM	0	0	1	3		17	8.0
$\bar{x}$	0.50	0.09	0.40	0.45	0.34		
s	0.53	0.30	0.52	0.52	0.29		

Tab. 44: Anzahl Antworten, Mittelwerte und Standardabweichungen der Patienten des Bezirksspitals bei den 20 Problemen

Nimmt man die Antworten "Das ist ein Problem" und "Das ist ein grosses Problem" als für die Frage der Häufigkeit der Probleme gleichwertig, wie dies

in Tab. 44 in Mittelwert und Standardabweichung bereits geschen ist, ergibt sich folgende Verteilung:

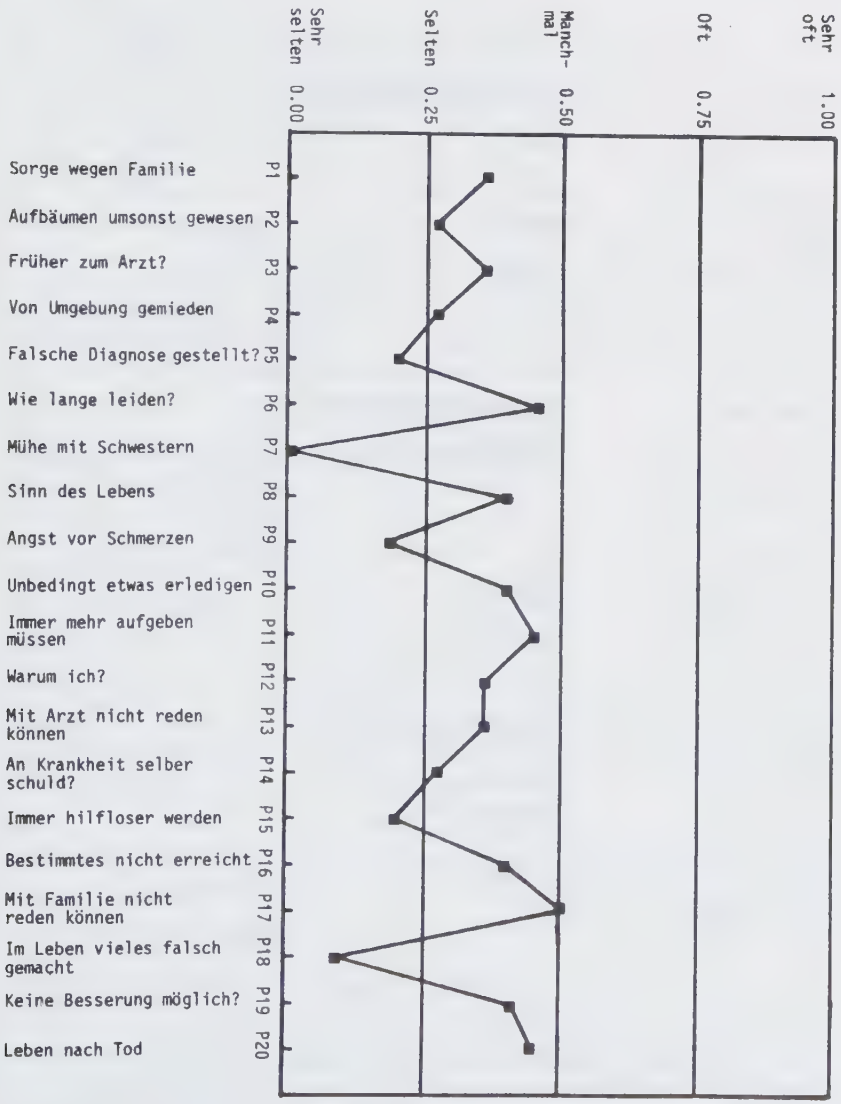


Abb. 5: Verteilung der Mittelwerte der Patienten des Bezirksspitals bei den 20 Problemen

Das folgende Diagramm zeigt die Rangfolge der 20 Probleme:

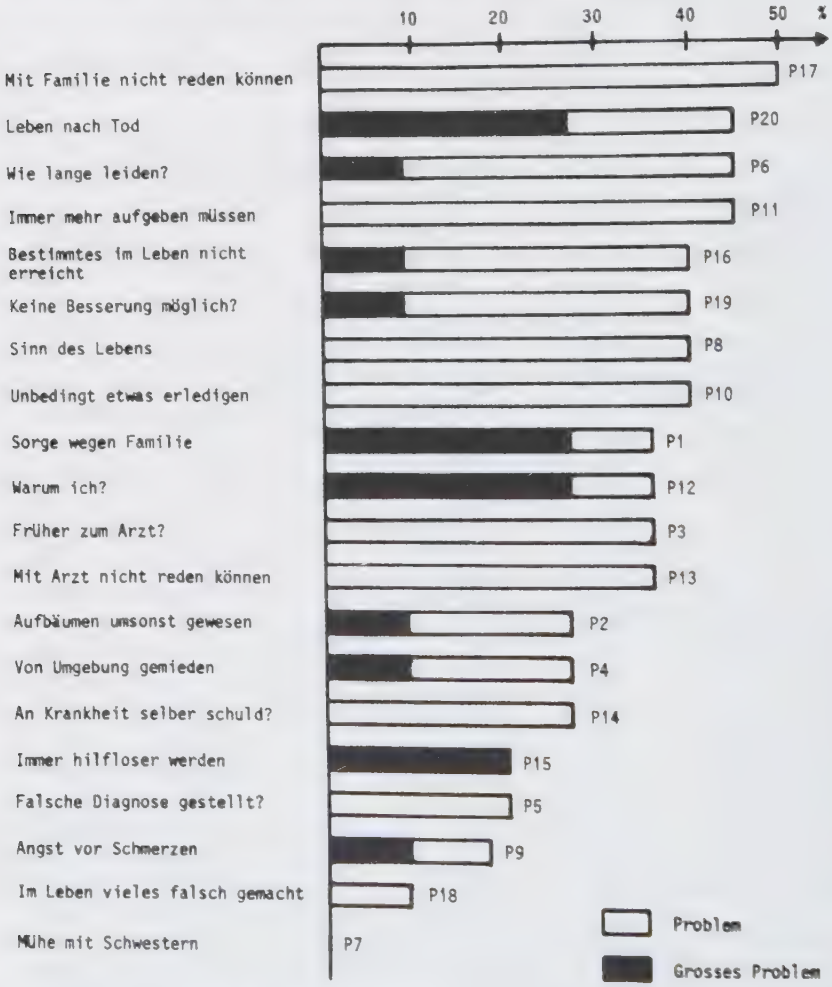


Abb. 6: Rangordnung der 20 Probleme bei den Patienten des Bezirksspitals

Der Gesamt-Problemwert liegt bei 0.34, d.h. in einem Kontinuum von 0 bis 100% sehen sich die Patienten selbst mit einer Belastung von 34%. Diese

Belastung verteilt sich auf die drei Faktoren wie folgt: Resignation (32%), Zweifel (33%), Interaktion (32%).

Von dem am häufigsten vorkommenden Problem (P17: Mit Familie nicht reden können) fühlen sich 50% aller Patienten bewegt, während die Sorge, mit dem Pflegepersonal nicht zurecht zu kommen (P7), von keinem Patienten geteilt wird.

Von allen Problemantworten beträgt die Rate der "grossen Probleme" genau ein Viertel, d.h. ein Patient sagt bei jedem vierten Problem, das ihn beschäftigt, dass es sich dabei um ein besonders schwerwiegendes handelt. Unabhängig von der Rangfolge der Probleme, wie sie in Abb. 6 dargestellt ist, könnte man eine Skala der Bedeutsamkeit oder der Belastung unter den 20 Problemen aufstellen:

Probleme mit einem Anteil von mindestens 50% an "grossen Problemen"	Prozentsatz der Gewichtigkeit
P15 (Immer hilfloser werden)	100%
P1 (Sorge wegen Familie)	75%
P12 (Warum ich?)	75%
P20 (Leben nach Tod)	60%
P9 (Angst vor Schmerzen)	50%

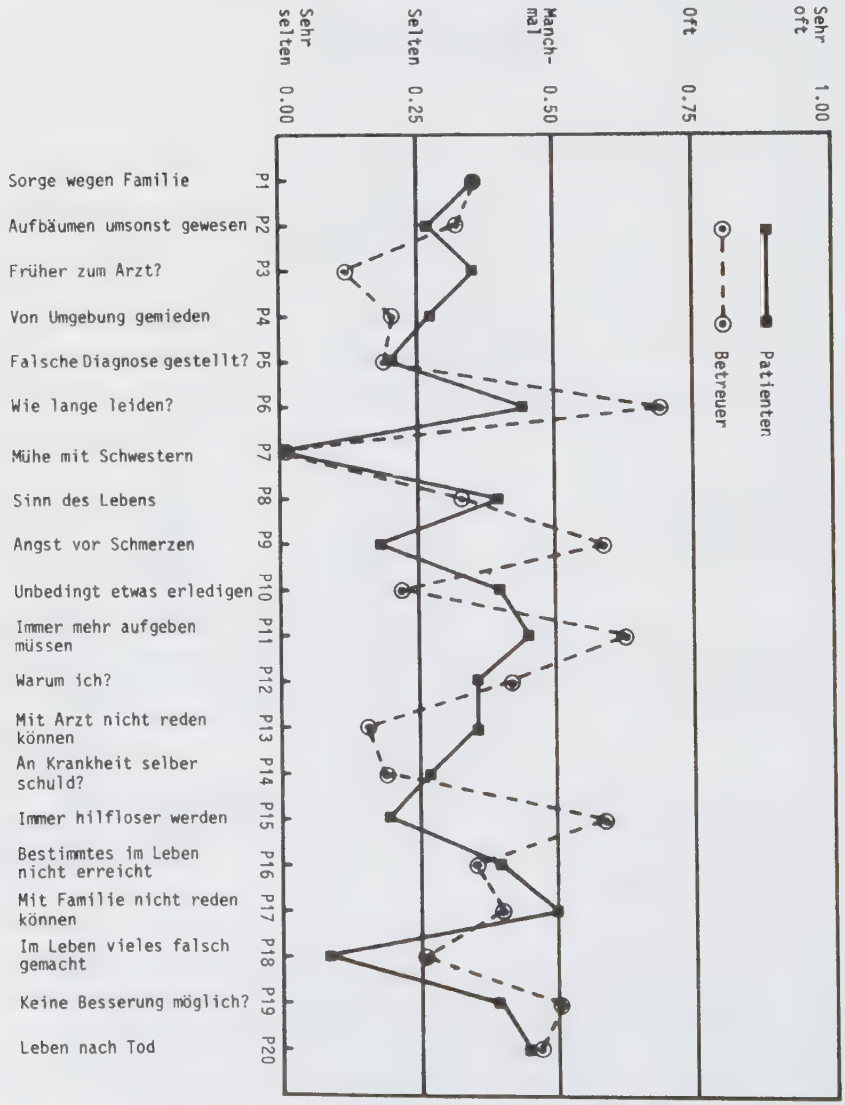
Daraus lässt sich folgern, dass die ersten vier Probleme, wenn sie vorkommen, in mehr als der Hälfte der Fälle von Patienten als besonders gravierend empfunden werden. Eine Entsprechung von Häufigkeit und Bedeutsamkeit über alle 20 Probleme findet sich aber nicht.

Angesichts der geringen Zahl von Patienten wurde auf die Prüfung des Einflusses der soziographischen Variablen auf das Antwortverhalten verzichtet.

2.4.2 VERGLEICH ZWISCHEN SELBSTBEURTEILUNG DER PATIENTEN UND FREMDBEURTEILUNG DER BETREUER

Aus den über jeden der 11 Patienten abgegebenen vier Beurteilungen wurde ein Durchschnittswert berechnet. In der Graphik auf der folgenden Seite

findet sich die bereits bekannte Verteilung der Antworten der Patienten auf die 20 Probleme, ergänzt durch die Kurve, welche die Beurteilung durch die Betreuer darstellt. (Auf die Bildung von Summen über alle Patienten für



Tab. 7: Verteilung der Mittelwerte der Patienten des Bezirksspitals (N=11) und ihrer Betreuer (N=44) bei den 20 Problemen

jeden der vier Betreuer bzw. für die beurteilenden Berufsgruppen wurde verzichtet, da an der Einschätzung der Patienten bei Schwestern und Ärzten zu viele Personen mit je unterschiedlicher Häufigkeit beteiligt waren, was angesichts der geringen Anzahl von Patienten keinen Sinn ergeben hätte.)

In der Gegenüberstellung der wichtigsten Ergebnisse zeigt sich folgendes Bild (in Klammern jeweils die Werte der Vergleichsgruppe):

Patienten	Betreuer
Die häufigsten Probleme	
P17 (Sorge wegen Familie) 0.50 (0.40)	P6 (Wie lange leiden?) 0.69 (0.45)
P20 (Leben nach Tod) 0.45 (0.47)	P11 (Immer mehr aufgeben müssen) 0.63 (0.45)
P6 (Wie lange leiden?) 0.45 (0.69)	P9 (Angst vor Schmerzen) 0.59 (0.18)
P11 (Immer mehr aufgeben müssen) 0.45 (0.63)	P15 (Immer hilfloser werden) 0.59 (0.20)
Die seltensten Probleme	
P9 (Angst vor Schmerzen) 0.18 (0.59)	P13 (Mit Arzt nicht reden können) 0.16 (0.36)
P18 (Im Leben vieles falsch gemacht) 0.09 (0.26)	P3 (Besser früher zum Arzt?) 0.12 (0.36)
P7 (Mühe mit Schwestern) 0.00 (0.00)	P7 (Mühe mit Schwestern) 0.00 (0.00)
Gesamt-Problembewusstsein	
0.34	0.35

Faktoren		
Resignation	0.32	0.50
Zweifel	0.33	0.29
Interaktion	0.32	0.19

Die grössten Unterschiede			
P9 (Angst vor Schmerzen)			
0.18	Rang 18	0.59	Rang 3.5
P15 (Immer hilfloser werden)			
0.20	Rang 16.5	0.59	Rang 3.5

Patienten		Betreuer	
Die geringsten Unterschiede			
P5 (Falsche Diagnose gestellt?)			
0.20	Rang 16.5	0.19	Rang 16.5
P1 (Sorge wegen Familie)			
0.36	Rang 10.5	0.36	Rang 9
P7 (Mühe mit Schwestern)			
0.00	Rang 20	0.00	Rang 20

Die Korrelation zwischen beiden Rangreihen (Spearmans Rho) beträgt .46.

Auch bei dieser Stichprobe könnte man nach der Beurteilbarkeit bzw. der Einheitlichkeit der Beurteilung in bezug auf die 20 Probleme sprechen. Als einziges Kriterium für diese Frage steht hier das Verhältnis von gegebenen zu fehlenden Antworten (Ausfallquote) zur Verfügung. Für die Gruppe der Patienten erweist sich diese Frage als wenig relevant, da die maximale Anzahl von fehlenden Werten bei den 11 Patienten pro Problem eins ist. Dagegen gibt es bei den Betreuern recht deutliche Unterschiede. Hier reicht die Skala von 6 bis 78% Ausfallquote (Durchschnitt pro Patient: 28%).

Probleme mit der grössten Ausfallquote (Durchschnitt aller Betreuer):

P20 (Leben nach Tod)	57%
P16 (Bestimmtes nicht erreicht)	41%
P10 (Unbedingt etwas erledigen)	39%
P18 (Im Leben vieles falsch gemacht)	39%

Probleme mit der geringsten Ausfallquote:

P5 (Falsche Diagnose gestellt?)	16%
P15 (Immer hilfloser werden)	16%
P19 (Keine Besserung möglich?)	16%

2.4.3 WEITERE BEURTEILUNGEN DER PATIENTEN DURCH DIE BETREUER

Neben der Einschätzung der Patienten in bezug auf ihre Problemlage waren die mit ihnen befassten Schwestern und Ärzte gebeten, die Kranken nach ihrer Interaktion im Umfeld des Krankheitsprozesses zu beurteilen. Dies beinhaltete

auch eine Selbstbeurteilung des eigenen Verhaltens gegenüber den Patienten. (An dieser Einschätzung habe ich mich nicht beteiligt, da ein Teil der Fragen mich nicht betraf und ein anderer Teil bereits in meinen Gesprächen mit den Patienten vorgekommen war, so dass bei mir nicht die gleiche Ausgangslage wie bei Ärzten und Schwestern bestanden hätte.) Ziel dieser zusätzlichen Befragung war die Klärung folgender Fragen:

- Hat die Beurteilung der Problemsituation eines Patienten durch seinen Betreuer etwas mit Art und Dauer seines Kontaktes zum Patienten zu tun?
- Welche Rolle spielt die durch die Krankheit hervorgerufene physische und psychische Beeinträchtigung des Patienten für seine psychische Belastung?
- Inwieweit setzt sich der Patient mit der Thematik von Tod und Sterben auseinander, bzw. wie wirkt sich diese Auseinandersetzung auf seine Problemsituation aus?
- Inwieweit haben die Betreuer des Patienten dazu beigetragen, dass sich der Patient mit dieser Thematik auseinandersetzt? Welche Kommunikation hat an diesem Punkt zwischen Betreuer und Patient stattgefunden?

Bei jedem dieser Punkte lässt sich nach dem Zusammenhang sowohl mit der Selbstbeurteilung des Patienten als auch mit der Fremdbeurteilung durch seine Betreuer fragen.

Die genannten Fragen sind in dem Fragebogen enthalten, der unmittelbar nach der Selbsteinschätzung der Patienten an die für sie zuständigen Betreuer verteilt wurde (Anhang B 6). Angesichts der geringen Fallzahl der Studie wurde darauf verzichtet, die im allgemeinen üblichen und notwendigen Kriterien bei Aufstellung, Benutzung und Überprüfung derartiger Skalen anzuwenden. Von daher liesse sich die Fragwürdigkeit der Skalenbildung in mancher Hinsicht aufzeigen. Trotzdem sollen die Ergebnisse dieser Befragungen in die Überlegungen über die Problematik sterbender Patienten miteinbezogen werden.

Bei der Bildung der Skalen wurde wie folgt vorgegangen, wobei aus den genannten Gründen relativ weite Klassen gebildet wurden:

(1) Kontakt zum Patienten (Item 1-3 des Fragebogens)

Häufigkeit ("sehr selten" bis "sehr oft"), Qualität ("sehr schlecht" bis "sehr gut") und Dauer des Kontaktes ("1-2 Tage", "3-7 Tage", "2-4 Wochen",

"2-6 Monate", "mehr als 6 Monate") des Beurteilers mit dem Patienten wurden anhand von drei je 5-stufigen Skalierungen beurteilt und anschliessend in einem gemeinsamen Wert zusammengefasst, der von 0 bis 15 reicht und die Bewertungen "schlecht" (0-5), "mittelmässig" (6-10) und "gut" (11-15) aufweist.

(2) Auseinandersetzung des Patienten mit Tod und Sterben (Item 4-5 des Fragebogens)

Hier wurde zwischen der Art der Auseinandersetzung ("keine", "indirekt", "direkt": Skalierung von 0 bis 3) und der entsprechenden Häufigkeit ("selten" bis "oft": Skalierung von 1 bis 3) unterschieden und beide Skalenwerte multiplikativ in einem Wert zusammengefasst, dem folgende Graduierung mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 9 entspricht: "nicht vorhanden" (0), "schlecht" (1-3), "mittelmässig" (4-6), "gut" (7-9).

(3) Angebot der Betreuer zur Auseinandersetzung des Patienten mit Tod und Sterben (Item 8 des Fragebogens)

Der bei dieser Frage gebildete Gesamtwert ist das Ergebnis der Addition der Bewertungen über die Verhaltensweisen der Betreuer am Anfang und im Verlauf des Spitalaufenthaltes des Patienten. Je nach Art und Häufigkeit der Information bzw. des Gesprächsangebotes zu diesem Thema konnten hier maximal 9 Punkte erreicht werden: "nicht vorhanden" (0), "schlecht" (1-3), "mittelmässig" (4-6), "gut" (7-9).

(4) Reaktion des Patienten auf das Angebot der Betreuer zum Thema Tod und Sterben (Item 9 des Fragebogens)

Entsprechend der Unterscheidung zwischen Interaktion am Anfang und im Verlauf des Spitalaufenthaltes, wie sie in der vorigen Skala enthalten ist, wird auch hier zwischen den verschieden möglichen Reaktionen des Patienten unterschieden, so dass sich der Gesamtwert wiederum aus der Addition zweier Werte zusammensetzt. Im Unterschied zu den bisherigen Werten sind bei diesem Punkt auch negative Gesamtwerte möglich, da es angebracht war, zwischen Ablehnung und Nicht-Vorhandensein von Reaktionen zu unterscheiden. Dies ergibt folgende Skalierung: "abgelehnt" (-2 bis -1), "nicht vorhanden" (0), "mittelmässig" (1), "gut" (2-3).

(5) Physische Beeinträchtigung des Patienten (Item 10 und 11 des Fragebogens)

Die hier gebildete Skala für die Beeinträchtigung des Patienten durch Schmerzen und körperliche Schwäche setzt sich aus den je 5-stufigen Werten ("sehr wenig" bis "sehr stark") zusammen und ergibt folgende Ausprägungen: "keine/gering" (1-3), "mittelmässig" (4-7), "stark" (8-10).

(6) Psychische Beeinträchtigung des Patienten) (Item 12 des Fragebogens)

Bei diesem Punkt wurde nach Bewusstseinsstörungen sowie Denk- und Orientierungsstörungen des Patienten gefragt und die Gesamtwerte "keine" (0), "gering" (1), "mittelmässig" (2) und "stark" (3-4) gebildet.

In Tab. 45 auf der folgenden Seite sind Summen- und Mittelwerte der drei Betreuer in bezug auf die beschriebenen sechs Skalen für die 11 Patienten der Stichprobe zusammengestellt. Dabei sind die Werte aus den Summen der Beurteilungen der drei Betreuer gebildet, d.h. die im vorigen Abschnitt beschriebenen Skalenwerte müssen mit drei multipliziert werden, um adäquat zu sein (vgl. Skalenbeschreibung unterhalb der Tabelle). Daneben finden sich die Gesamt-Problemwerte der Patienten und der drei Betreuer sowie der Mittelwert aller Betreuer pro Patient. Der Vergleich wird diesmal fallweise, d.h. zwischen den 11 Patienten, und nicht wie bisher pro Problem über alle Patienten durchgeführt. Wegen der geringen Stichprobengrösse, aber auch infolge der fehlenden Exaktheit in der Bildung der Skalen, wird auf die statistische Überprüfung von Zusammenhängen zwischen den Skalen bzw. zwischen Skalen und Problemwerten von Patienten und Betreuern verzichtet. Die Ergebnisse sind im übrigen auch ohne dies deutlich.

Als unabhängige Variable in bezug auf die Problemsituation des Patienten muss zunächst der Faktor "psychische Beeinträchtigung" fallen gelassen werden. Acht der 11 Patienten wurden als nicht beeinträchtigt bezeichnet, zwei als gering und ein Patient als mittelmässig beeinträchtigt. Diese Varianz ist zu gering, um daraus irgendwelche Aussagen ableiten zu können. Immerhin kann soviel gesagt werden, dass die Belastung von todkranken Patienten durch Denk- oder Orientierungsstörungen oder in Form von Bewusstseinstrübungen in dieser Stichprobe keine grosse Rolle spielt, sieht man von den Zuständen von Bewusstlosigkeit (Koma) ab, in welche die meisten Patienten kurz vor ihrem Tod kommen. Patienten in diesem Stadium ihres Sterbeprozesses waren natürlich nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Was die "physische Beeinträchtigung" der Patienten angeht, liegt nach Meinung der Betreuer eine grössere Varianz vor ("gering" bis "stark"). Ein Zusammen-

	Pat.1	Pat.2	Pat.3	Pat.4	Pat.5	Pat.6	Pat.7	Pat.8	Pat.9	Pat.10	Pat.11	$\bar{x}$
MITTELWERTE												
- Patient	0.50	0.25	0.65	0.00	0.55	0.40	0.00	0.45	0.83	0.10	0.00	0.34
- Assistenzarzt	0.31	0.80	0.69	----	0.31	0.25	0.05	0.25	----	0.06	0.19	0.32
(N Beurteilungen)	(16)	(20)	(16)	(0)	(12)	(20)	(20)	(16)	(0)	(16)	(16)	
- Lt. Arzt	0.47	0.16	0.47	0.00	0.69	0.47	----	0.44	1.00	----	0.25	0.44
(N Beurteilungen)	(15)	(19)	(19)	(20)	(13)	(17)	(0)	(16)	(2)	(0)	(20)	
- Schwester	0.50	0.56	0.73	0.00	0.46	0.69	0.00	0.64	1.00	0.50	0.20	0.48
(N Beurteilungen)	(12)	(16)	(11)	(20)	(13)	(16)	(20)	(11)	(3)	(16)	(20)	
- Summe Betreuer	0.43	0.51	0.63	0.00	0.49	0.47	0.02	0.44	0.67	0.19	0.21	0.37
AUSFALLQUOTE (%)	28	20	18	31	31	14	29	24	78	41	6	28
PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG [1]	23	19	17	9	12	19	12	20	15	19	18	16.6
PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG [2]	4	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0.6
KONTAKT [3]	32	33	32	34	35	31	23	28	33	33	32	31.5
AUSEINANDERSETZUNG MIT TOD UND STERBEN [4]	24	27	23	14	18	18	18	10	12	18	27	19.0
ANGEBOT ZUR AUSEINANDERSETZUNG [5]	14	15	9	2	8	12	7	0	11	10	11	9.0
REAKTION AUF ANGEBOT [6]	7	4	5	1	5	5	6	0	-4	2	7	3.5

Tab. 45: Vergleich von Problemwerten von Patienten und Betreuern des Bezirksspitals einschliesslich der Ausfallquoten der Betreuer sowie Beurteilung von Situation und Interaktion der Patienten durch die Betreuer

Skalen: [1] 1-10 gering, 11-20 mittel, 21-30 stark [2] 0 keine, 1-3 gering, 4-6 mittel, 7-12 stark [3] 1-15 schlecht, 16-30 mittel, 31-45 gut [4] 0 keine, 1-9 gering, 10-18 mittel, 19-27 gut [5] 0 keine, 1-9 gering, 10-18 mittel, 19-27 gut -6 - -1 abgelehnt, 0 nicht vorhanden, 1-4 mittel, 5-9 gut

hang mit der Höhe der Problembelastung ist aber nicht vorhanden. Zwischen geringerer oder stärkerer Beeinträchtigung und Belastungshöhe ist keine regelhafte Korrelation erkennbar, weder bei der Selbsteinschätzung der Patienten noch bei der Fremdbeurteilung durch die Betreuer. Dies wird auch durch die Prüfung des - aus der Tabelle nicht ersichtlichen - Zusammenhanges zwischen physischer Beeinträchtigung und den am ehesten hier zutreffenden Problemen P6 (Wie lange leiden?) und P9 (Angst vor Schmerzen) bestätigt: Die Patienten mit den höchsten Werten bei der körperlichen Beeinträchtigung empfinden diese Probleme selber nicht als gewichtiger als die übrigen Patienten. Allerdings besteht ein relativ hoher positiver Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Patienten durch ihre Betreuer in diesen beiden Problemen und ihrer Einschätzung der physischen Beeinträchtigung, was andererseits nicht überraschend ist.

Da der "Kontakt" von Schwestern und Ärzten zu den Patienten mit sehr geringer Varianz in neun von 11 Fällen als "gut" bezeichnet wird, entfällt hier ebenfalls die Möglichkeit der Prüfung des Einflusses dieser Variable. Angesichts einer so guten Selbsteinschätzung erstaunt allerdings, in wie vielen Fällen die Betreuer nicht in der Lage waren, ihre Patienten auf alle 20 Probleme hin zu beurteilen (die durchschnittliche Ausfallquote pro Patient beträgt, wie erwähnt, 28%). Kontakt von längerer Dauer und das Gefühl guter Beziehung gehen offensichtlich nicht unbedingt mit der Kenntnis von sterbebezogenen Fragen des Patienten einher.

Die "Auseinandersetzung des Patienten mit Tod und Sterben" wurde im Durchschnitt als "gut" (an der unteren Grenze dieses Bereiches liegend) bezeichnet. Auch hier lassen sich keine regelhaften Zusammenhänge erkennen, weder mit der Gesamt-Problemlage des Patienten (Eigen- und Fremdbeurteilung) noch mit der Qualität des Kontaktes zu den Betreuern, allenfalls eine leicht positive Korrelation zum "Angebot der Betreuer zur Auseinandersetzung mit Tod und Sterben" und der "Reaktion der Patienten auf das Angebot".

Zwischen diesen beiden letzten Skalen scheint aber kein Zusammenhang zu bestehen. Vielmehr fällt auf, wie gering im Durchschnitt das Angebot der Ärzte

und Schwestern ist, mit dem Patienten zu Beginn oder im Verlauf seines Spitalaufenthaltes über seinen bevorstehenden Tod zu sprechen (Durchschnitt: 9 von maximal 27 Punkten). Andererseits - und dies ist ebenfalls erstaunlich - reagieren die Patienten auf das Angebot zum Gespräch über dieses Thema relativ offen. Ihre Reaktion ist im Durchschnitt positiv-akzeptierend. (Hier sei nochmals daran erinnert, dass es sich bei den Patienten um solche handelt, die für die Thematik von Tod und Sterben offen waren. Bei den Patienten, mit denen - aus welchen Gründen auch immer - ein Gespräch darüber nicht zustande kam, sähe die Beziehung zwischen den beiden Dimensionen Angebot und Reaktion vermutlich anders aus.) Was die unterschiedlichen Problemwerte in der Selbst- und Fremdbeurteilung angeht, ist auch bezüglich der Reaktion der Patienten auf das Gesprächsangebot kein Zusammenhang erkennbar.

2.4.4 FALLBERICHTE

Im Anschluss an die statistischen Ergebnisse über die 11 Patienten und ihre Betreuer soll über einige dieser Todkranken in der Art von kurzen Fallberichten referiert werden.[1] Kommen mir doch manche Patienten in ihrem Erleben und Verhalten, ihrer Kommunikation und Interaktion so prägnant vor, dass man sie als "Typen" von sterbenden Patienten bezeichnen könnte. In der Literatur wird meist von typischen Zuständen oder Situationen (oder eben Problemen) gesprochen, die sich mit anderen typischen Zuständen oder Situationen abwechseln. Für diese Art von Betrachtungsweise steht vor allem das Phasen-Modell von KÜBLER-ROSS. In den folgenden Falldarstellungen geht es dagegen um mehr oder weniger gleichbleibende Zustände, wobei bestimmte Probleme jeweils eine besonders gravierende Rolle spielen. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nur um sehr eingeschränkte Beobachtungen und auf relativ geringfügigem Datenmaterial basierende Schlussfolgerungen, die zudem dem Standard psychologischer Beweisführung nicht entsprechen. Es wäre

---

1) Die Daten dieser Patienten wurden so weit verändert, dass eine Identifizierung nicht möglich ist.

deshalb auch verfehlt, von einer Patienten-Typologie sprechen zu wollen, die ja, wenn sie ihren Namen verdiente, Genauigkeit und Vollständigkeit voraussetzte, ganz abgesehen von der berechtigten Skepsis, die sich in den letzten Jahrzehnten gegenüber Typologien jeglicher Art breit gemacht hat. Dennoch ist für mich das, was mir an Beobachtungen und Informationen zur Verfügung stand, ausreichend, um die folgenden Erlebens- und Verhaltensweisen sterbender Patienten deutlich voneinander unterscheiden zu können. Auch auf diese Weise kann zur Differenzierung der Wahrnehmung und zu einer adäquaten Interaktion zwischen Bezugspersonen und Patienten beigetragen werden.

a. Der demonstrativ akzeptierende Patient

Ein Patient dieser Art weiss, dass er unheilbar krank ist, und akzeptiert sein Schicksal mit allen denkbaren Folgerungen. Diese Akzeptanz wird allerdings so deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie demonstrativ wirkt.

Unter den Patienten des Bezirksspitals waren zwei Kranke, ein 69-jähriger Mann mit einem Dickdarm-Carzinom und eine 76-jährige an Magenkrebs leidende Frau, die sich so verhielten. Vielleicht ist es kein Zufall, dass beide ihren religiösen Hintergrund und ihre Mitgliedschaft in entsprechenden Gemeinschaften sehr betonten. Für beide Patienten war es, wie es schien, völlig klar, dass keines der 20 vorgelegten Themen für sie ein Problem darstellte (Gesamt-Problemlage: 0%).

Solche Patienten sind in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen im Spital meist problemlos. "Patient ist sehr zufrieden und geniesst den Spitalaufenthalt als Ferien", heisst es von dem erwähnten Patienten im Pflegebericht. Sie sind kooperativ, freundlich und geben sich alle erdenkliche Mühe, nicht zur Last zu fallen. Und sie sind sehr mitteilungsbedürftig, reden gern von sich, wollen den anderen von etwas überzeugen. - Wollte man tiefenpsychologisch analysieren, müsste man fragen, ob sie etwas zu verbergen haben.

Trotz Offenheit und guten Kontaktes mit dem Spitalpersonal ist es vermutlich nicht zufällig, dass die Beurteilung solcher Patienten in bezug auf mögliche Sorgen schwierig ist. Im Fall der 69-jährigen Patientin lag von seiten des Assistenzarztes keine einzige Problem-Beurteilung vor. Und bei der 76-jährigen Patientin hiess es im Kommentar des Assistenzarztes: "In jedem Fall scheint es mir unmöglich, die oben genannten Probleme anzukreuzen. Die Pat. gibt einfach an, dass sie den Tod akzeptiert und das Sterben für sie kein Problem ist."

b. Der Patient, der sich in der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit von seiner Familie alleingelassen fühlt

Einen solchen Fall stellte eine 61-jährige Verkäuferin mit Ovarial-Carzinom dar. Sie wusste, dass sie schwer erkrankt war, obwohl sie die Hoffnung nicht aufgab, dass ihre Krankheit zum Stillstand kommen würde. Sie hatte die Bedrohung akzeptiert, wollte "ihr Haus bestellen", wurde aber von ihrer sie beschwichtigenden Familie im Stich gelassen. Obwohl unter den Kindern der Patientin eine Krankenschwester war, wurde das Thema fallengelassen, sobald es zu mehr als einer oberflächlichen Nachfrage nach ihrem Ergehen kam. Die Patientin wollte rückblickend Bilanz ziehen und sich damit auf den Tod vorbereiten, aber sie kam gegen den Zweckoptimismus ihres Ehemannes und ihrer Kinder nicht an. Bei solchen Patienten stehen naturgemäss die Probleme P17 (Mit Familie nicht reden können) und P1 (Sorge wegen Familie) ganz im Vordergrund.

Die Gesamtbeurteilung (GPB) der Betreuer im Spital stimmte in diesem Fall mit der Eigeneinschätzung der Patientin fast überein, was jedoch nicht sehr viel bedeutete, weil die Betreuer die Probleme der Kranken oft an Stellen sahen, an denen sie für sie selbst nicht existierten und umgekehrt. (So spielte für sie die Angst vor Schmerzen (P9), die Sorge, immer hilfloser zu werden (P15), und die Frage, ob es keine Besserung mehr gäbe (P19), keine

Rolle; vielmehr war die Frage nach dem, was aus ihrer Familie werden würde (P1) und was nach dem Tod kommt (P20), von besonderer Bedeutung.)

c. Der misstrauisch-distanzierte Patient

Diese Art von Patient ist durch eine gespannte Situation zu seinen Bezugspersonen gekennzeichnet. Er ist verschlossen, wenig mitteilsam, oft barsch und sehr misstrauisch. "Pat. hat schon viel Haarsträubendes erlebt in Sachen Ärzte, dies erzählt er oft. Die Ärzte hätten nicht die Wahrheit gesagt oder den Ernst der Lage nicht erfasst", heisst es von einem solchen Patienten im Pflegebericht. Und im abschliessenden Arztbrief: "Über die restlichen 14 Tage Spitalaufenthalt gibt es nichts Neues zu berichten, ausser dass das Verhältnis unseres Patienten zu unserem Pflegepersonal immer gespannter wurde und sich beinahe täglich Geschehnisse ereigneten, an welchen lautstarke Diskussionen ausgetragen wurden." Hier soll nicht über die Rechtmässigkeit der Klagen von dieser oder der anderen Seite geurteilt werden. Vielmehr geht es darum zu sehen, dass über derartige Patienten häufig fast nichts von dem bekannt ist, was sie bewegt oder ihnen Sorgen macht.

In unserem Fall handelte es sich um einen 64-jährigen Herzinfarkt-Patienten mit der höchsten Problembelastung von allen 11 Patienten. Einer der beiden befragten Ärzte hat überhaupt nichts über ihn sagen können, während die beiden anderen Betreuer nur zu drei bzw. zwei Problemen Stellung bezogen haben. Der Patient selber hatte allerdings auch nur 12 der 20 Probleme beurteilt, weil ihm, wie er sagte, die Formulierung bei den übrigen Problemen nicht akzeptabel erschien. Er wurde im Anschluss an das Sortieren der Karten mir gegenüber trotz anfänglich grosser Bereitschaft zur Kooperation so ablehnend, dass es nicht möglich war, mehr als ein paar belanglose Worte mit ihm zu wechseln. - Es ist sehr bedauerlich, dass oft gerade bei solchen Patienten, die nicht nur von besonders starken Zweifeln (Faktor 2), sondern auch von grossen Schwierigkeiten in der Interaktion mit ihrer Umwelt (Faktor 3) gekennzeichnet sind und die deshalb dringend der Unterstützung

bedürften, kein ausreichender Kontakt zustande kommt, und sie auf diese Weise verkannt oder isoliert werden.

d. Die "reife Persönlichkeit"

Auch bei Patienten dieser Art geht es um Menschen, die sich mit dem Tod abgefunden haben und mit dem, was kommt, einverstanden sind, dies aber in einer ganz anderen Weise als die unter (a) beschriebenen Kranken. Hinter allem, was sie sagen und wie sie sich verhalten, ist eine tiefgehende Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem bevorstehenden Abschied deutlich spürbar. (Von daher gewinnt P11 (Immer mehr aufgeben müssen) für sie eine besondere Bedeutung.) Sie strahlen etwas sehr Persönliches und Abgeklärtes aus.

Unter den Patienten im Bezirksspital war dies bei einer 55-jährigen, an einem Ovarial-Carzinom leidenden Patientin der Fall. Sie wirkte gelassen, manchmal fast heiter; und trotzdem war ihre Trauer deutlich spürbar. Bei ihr gab es nichts Demonstratives. "Ich hatte Frau X. während ihres ganzen Spitalaufenthaltes betreut. Ihre besondere, aufgeschlossene Art faszinierte mich sehr. Sie hatte etwas Unantastbares an sich. Ihre reife Persönlichkeit fesselte mich sehr", schrieb eine sie betreuende Schwester im Pflegebericht. Auch mit diesen Patienten ist der Kontakt und die Betreuung meist problemlos, aber nicht weil sie dem Personal in allem entgegenkommen, sondern weil ihre - oft sehr spezifischen - Wünsche akzeptiert werden können. Bei dieser Patientin ist die Ausfallquote in der Beurteilung unter den vier Betreuern mit 6% sehr gering, was für eine Art von Offenheit spricht, die wirklich Einblick gewährt. Das muss nicht unbedingt heissen, wie unser Beispiel zeigt, dass die Selbst- und Fremdbeurteilung in allen Punkten übereinstimmt. Immerhin sind die Einschätzungen, sieht man sie sich im einzelnen an, meist recht dicht an der Eigeneinschätzung der Patientin.

2.4.5 ZUSAMMENFASSUNG

Patienten

(1) Die Stichprobe der 11 Patienten aus dem Bezirksspital weist nach eigener Einschätzung einen Belastungsgrad von 34% auf, d.h. die vorgegebenen Probleme kommen - bei einer Variationsbreite, die im einzelnen von 0 bis 50% reicht - im Durchschnitt etwas mehr als "selten" vor.

(2) Das häufigste Problem ist die Sorge, mit der Familie nicht reden zu können (P17), gefolgt von der Frage, was nach dem Tod kommt (P20), wie lange das Leiden noch dauert (P6), und der resignativen Feststellung, immer mehr aufgeben zu müssen (P11).

(3) Das Problem, mit den Schwestern nicht zurecht zu kommen (P7), existiert offensichtlich nicht, da es von keinem Patienten genannt wurde. "Selten" bis "sehr selten" (≙ 20%) kommen auch das Bedauern vor, im Leben vieles falsch gemacht zu haben (P18), die Angst vor Schmerzen (P9), die Frage, ob nicht eine falsche Diagnosenstellung vorliegt (P3), und die Sorge, immer hilfloser zu werden (P15).

(4) Die Faktoren Resignation (32%), Zweifel (33%) und Interaktion (32%) sind in ihrer Bedeutung nahezu identisch.

(5) Ein Viertel aller als problematisch empfundenen Sorgen wird von den Patienten als "grosses Problem" eingeschätzt. Folgende Sorgen werden, falls sie auftauchen, als besonders belastend empfunden (Anteil der "grossen" Probleme an der Gesamtzahl aller Probleme ≧ 50%): P15 (Immer hilfloser werden), P1 (Sorge wegen Familie), P12 (Warum ich?), P20 (Leben nach Tod) und P9 (Angst vor Schmerzen).

(6) Eine generelle Entsprechung von Häufigkeit und Bedeutsamkeit der Probleme lässt sich nicht feststellen.

Vergleich zwischen Patienten und Betreuern

(7) Die Betreuer liegen in ihrer Einschätzung der Situation der Patienten (je vier Beurteilungen pro Patient) mit einem Gesamt-Problemwert von 35% sehr nah bei der Selbsteinschätzung der Patienten.

(8) Die Korrelation zwischen beiden Beurteilungen liegt jedoch nur bei .46 (Spearmans Rho), d.h. es liegt eine Varianzaufklärung von 21% vor.

(9) Bei den Betreuern findet sich eine andere Rangordnung der Faktoren als bei den Patienten. Sie sehen die aus der Resignation entstehenden Sorgen als bei weitem am wichtigsten an (50%), während die mit der Interaktion zusammenhängenden Fragen nur eine geringe Rolle spielen (19%) und die mit dem Zweifel verbundenen Sorgen von mittlerer Bedeutung sind (29%).

(10) Die grössten Unterschiede in der Gewichtung der Probleme (Rangordnung) bestehen bei P9 (Angst vor Schmerzen) und P15 (Immer hilfloser werden), die für die Betreuer, nicht aber für die Patienten zu den häufigsten Problemen gehören, während das für die Patienten wichtigste Problem der schlechten Kommunikation mit ihren Familien (P17) nach Ansicht der Betreuer nur einen mittleren Bedeutungsgrad hat.

(11) In durchschnittlich 28% sahen sich die Betreuer nicht in der Lage, die Situation ihrer Patienten zu beurteilen. Diese Unsicherheit bzw. Unkenntnis bezieht sich besonders auf P20 (Leben nach Tod), P16 (Bestimmtes im Leben nicht erreicht), P10 (Unbedingt etwas erledigen) und P18 (Vieles im Leben falsch gemacht) mit einer Ausfallquote von 39 bis 57%.

(12) Neben der Einschätzung der Problemsituation hatten die Ärzte und Schwestern die Todkranken nach ihrer physischen und psychischen Beeinträchtigung und ihrer Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, sich selbst nach der Qualität ihres Kontaktes zu den Patienten, ihrem Gesprächsangebot zur Auseinandersetzung der Patienten mit dem bevorstehenden Lebensende sowie deren Reaktion auf dieses Angebot einzuschätzen. Abgesehen von einer leicht positiven Korrelation zwischen der Reaktion der Patienten und dem Angebot ihrer Betreuer konnte weder zwischen den einzelnen Einflussgrössen noch zwischen einer von ihnen und der Problembeurteilung der Betreuer bzw. der Eigenbeurteilung der Patienten ein regelhafter Zusammenhang entdeckt werden. Eine Detailausnahme betrifft die Probleme P6 (Wie lange leiden?) und P9 (Angst vor Schmerzen), deren Einschätzung bei den Betreuern hoch mit dem Grad der Beurteilung der physischen Beeinträchtigung korreliert.

(13) Bei diesen zusätzlichen, die Interaktion zwischen Patienten und Betreuern betreffenden Einschätzungen fällt ebenso eine Diskrepanz zwischen

dem durchwegs als gut bezeichneten Kontakt der Betreuer zu den Patienten und der relativ grossen Zahl der nicht beurteilten Probleme auf wie das relativ geringe Angebot, das die - meist positiv-akzeptierend reagierenden - Patienten von ihren Betreuern zur Auseinandersetzung mit der Thematik von Tod und Sterben erhielten.

Fallberichte

In vier kurzen Fallberichten werden "Typen" von sterbenden Patienten beschrieben: Der "demonstrativ-akzeptierende Patient" lässt keinen Zweifel daran aufkommen, dass er sein Schicksal akzeptiert hat. Mit dem bevorstehenden Tod hat er keinerlei Probleme und ist sehr kooperativ gegenüber dem Personal. Trotzdem wissen die Betreuer wenig von ihm. - Auch der Typus des "Patienten, der sich in der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit von seiner Familie alleingelassen fühlt", verleugnet die tödliche Bedrohung durch seine Krankheit nicht. Was ihm vor allem zu schaffen macht, ist die Tatsache, dass seine Familie glaubt, sich der Einsicht in die Unheilbarkeit der Krankheit - zumindest dem Patienten gegenüber - widersetzen zu müssen. So kommt es, dass der Patient zu den Bezugspersonen im Spital eine grössere Nähe empfindet als zu den eigenen Angehörigen. - Der "misstrauisch-distanzierte Patient" lebt in ständig gespanntem Verhältnis zu Schwestern und Ärzten. Aufgrund von - wie er sagt - schlechten Erfahrungen in vergleichbaren Situationen ist er überaus kritisch, was den Kontakt von seiten des Personals schwierig werden lässt. Die auf diese Weise entstehende Distanz wirkt sich u.a. darin aus, dass über die Probleme solcher Patienten wenig bekannt ist, was besonders bedauerlich ist, da sie unter erheblichen Sorgen leiden. - Auch der als "'reife Persönlichkeit'" bezeichnete Patient hat seinen bevorstehenden Tod akzeptiert, ist aber im Unterschied zu den drei anderen Patienten-Typen mit sich und seiner Umwelt in Spital und Familie im Einklang, was von seinen Bezugspersonen ebenfalls empfunden wird, und macht den Eindruck grosser Offenheit und Gelassenheit. Auf solche Patienten trifft das Wort zu, dass sie "mit ihrem Leben abgeschlossen" haben.

Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt zusammen mit der Erörterung der Studie im Stadtspital im Kapitel über den Vergleich der Studien (S. 226ff.).

2.5 Ergebnisse: Die Gruppe der nicht beurteilten Patienten

Neben der Gruppe der im vorigen Kapitel beschriebenen Patienten (N=11), die aufgrund ihrer eigenen Beurteilung und der Einschätzung ihrer Betreuer programmgemäss in die Studie aufgenommen werden konnten, gibt es zwei weitere Gruppen von Patienten, die zwar von ihrer Krankheit und den mit ihnen geführten Gesprächen her die Bedingungen für den Einbezug in die Untersuchung erfüllten, nicht aber von der Tatsache, dass sie keiner Beurteilung unterzogen werden konnten. Da es sich immerhin um insgesamt 17 Patienten handelt, mit denen Kontakt zu halten einen nicht geringen Teil meiner Tätigkeit im Bezirksspital ausmachte, soll im folgenden auch über sie berichtet werden. Was sich durch die Gespräche mit ihnen an Eindrücken und Erkenntnissen ergeben hat, gehört ebenso zu meinen im Umgang mit den todkranken Patienten gemachten Erfahrungen und damit zum Hintergrund der vorliegenden Arbeit wie die übrigen Daten, wenn auch an dieser Stelle nicht mit numerischen Ergebnissen aufgewartet werden kann.

2.5.1 "VERLEUGNENDE" PATIENTEN

a. Revision eines Vorurteils

Dieses Kapitel war ursprünglich als Legitimation für die unerwartet geringe Anzahl von sterbenden Patienten gedacht, die dem Konzept der Studie entsprachen. Ich war davon überzeugt, dass dafür neben einigen anderen Gründen

vor allem die Tatsache verantwortlich war, dass viel mehr Schwerkranke als angenommen nicht in der Lage oder willens waren, über ihre tödliche Erkrankung zu sprechen, obwohl sie wie alle anderen todkranken Patienten des Bezirksspitals über ihre Diagnose aufgeklärt waren. Insofern sollte dieser Abschnitt auf eine Bestätigung des allseits bekannten Phänomens der Verleugnung hinauslaufen.

Ganz überraschend musste ich diese Absicht einer kritischen Prüfung unterziehen, und es ergab sich die Notwendigkeit einer Neubewertung der registrierten Verhaltensweisen. Zeigte doch eine Bearbeitung sämtlicher Unterlagen der in Frage kommenden Patienten, dass ich bis dahin einige Informationen nicht richtig beachtet oder noch gar nicht zur Kenntnis genommen hatte, welche die Einheitlichkeit des Bildes von den sich der Erkenntnis ihres Zustandes verweigernden Patienten in Frage stellten. Diese Unterlagen, auf denen die anschliessenden Überlegungen basieren, sind folgende:

- Gespräche mit den Patienten (Durchschnitt: 4.6 pro Patient) sowie darüber angefertigte Protokolle (beides in der gleichen Art wie bei den beurteilten Patienten) (s.o. S. 175f.)
- Gelegentliche Gespräche mit Schwestern und Ärzten über die Patienten und entsprechende Aktennotizen
- Krankengeschichten der Patienten
- Pflegeberichte der Patienten
- Arztbriefe der Patienten

Bei den Patienten (N=7) handelt es sich um folgende Stichprobe:

- Alter: Bei einer Variationsbreite von 54 bis 79 Jahre waren die Patienten im Durchschnitt 70.7 Jahre alt.
- Geschlecht: Es handelte sich um 4 Frauen und 3 Männer.
- Familienstand: Von den Patienten waren 4 verheiratet, 1 verwitwet und 2 ledig.
- (Haupt-)diagnose: Lungen-Carzinom: 1; Magen-Darm-Carzinom: 4; Carzinom des Uro-genital-Traktes: 3.

Unter Würdigung aller Dokumente über diese Patienten, d.h. bei Erwägung der Möglichkeit von Widersprüchlichkeiten in den Aussagen der Bezugspersonen

und Missverständnissen zwischen Patienten und Betreuern und bei Berücksichtigung von ungünstigen Umständen in der Kommunikation, zeigte sich, dass tatsächlich nur ein, allenfalls zwei der sieben Patienten als Verleugner bezeichnet werden können. In dem einen Fall handelt es sich um eine 74-jährige Patientin mit Magenkrebs, die von allen Betreuern von Anfang ihres Spitalaufenthaltes an bis zu ihrem Austritt so erlebt wurde, dass ein Gespräch über die Unheilbarkeit ihrer Erkrankung und die damit verbundenen Folgen nicht möglich war. Obwohl sie über ihren Zustand ausführlich informiert worden war, und obwohl von verschiedenen Seiten immer wieder versucht wurde, ihre - misstrauisch-mürrisch-aggressive - Abwehr zu überwinden, blieb es bei ihrer verleugnenden Haltung. In dem anderen Fall geht es um einen 60-jährigen, unter grosser Atemnot leidenden Schreiner, der seine Bronchialkrebs-Erkrankung mir gegenüber immer mit der Bemerkung bagatellisierte, es würde zwar nicht wieder ganz gut, aber doch besser werden. Immerhin erlebte ich ihn bei meinem letzten Gespräch vor seiner Entlassung sehr deprimiert, weil die chemotherapeutische Behandlung, von der er sich viel versprach, wegen einer Komplikation zum wiederholten Mal nicht zustande kam. Für einen Moment lang schien er die Hoffnungslosigkeit seiner Lage zu akzeptieren oder zumindest als Möglichkeit zuzulassen. Was mich ausserdem zögern lässt, diesen Patienten zu den Verleugnern zu zählen, ist die Tatsache, dass er schwerhörig und zudem wegen seiner krankheitsbedingten Verengung der Luftröhre akustisch nur schwer verständlich war, was die Kommunikation mit ihm erheblich beeinträchtigte. Es könnte also sein, dass durch diese Umstände unsere Gespräche nie die Ebene erreichten, auf der man mit einem Fremden, selbst wenn er Pfarrer ist, über seinen bevorstehenden Tod spricht.

Bei den übrigen fünf Patienten scheinen mir die Dinge rückblickend so klar zu liegen, dass die Feststellung, es würde sich um einen Verleugnungsprozess handeln, in jedem Fall in Zweifel zu ziehen ist. In einem dieser Fälle musste ich mir ebenfalls sagen, dass die Kommunikation mit dem Patienten durch seine Schwerhörigkeit erheblich erschwert war. Ein anderer Patient machte auf mich und andere den Eindruck, er sei zeitweilig verwirrt oder habe ein sehr schlechtes Kurzzeitgedächtnis. Zwei Patienten waren Mitglieder einer religiösen Sekte, weshalb es zwischen ihnen und mir als

reformiertem Pfarrer gewisse Verständigungsschwierigkeiten gab. Auch eine andere, streng katholische Patientin verhielt sich mir gegenüber sehr distanziert und verwies mehrmals auf ihren guten Kontakt zum katholischen Pfarrer. Als ich sie dagegen einmal im Kreis von Besuchern erlebte, kam sie mir sehr gelöst, umgänglich und offen vor. - Es kommt hinzu, dass ich nicht den Dialekt der Patienten sprach, was vermutlich gerade bei schwerkranken Menschen ein nicht zu unterschätzender Nachteil ist.

Neben diesen - sozusagen personenbezogenen - "Störvariablen" ergab die Durchsicht meiner Gesprächsprotokolle ausserdem, dass viele Gespräche unter sehr ungünstigen räumlichen und zeitlichen Bedingungen stattgefunden hatten. Entweder war ich mit dem Patienten nicht allein im Zimmer und es hörte ein anderer Patient unserer Unterhaltung zu, oder unsere Gespräche wurden durch Schwestern, Ärzte oder Besucher unterbrochen, oder sie fanden zwischen zwei medizinischen Massnahmen statt, oder sie wurden, weil das Zimmer gerade geputzt wurde, auf dem Gang geführt, wo wir jederzeit gestört werden konnten.

Noch wichtiger für die Infragestellung der Verleugnungs-Diagnose bei den sieben Patienten als diese von mir erst nachträglich in ihrer vollen Bedeutung erkannten Kommunikationsschwierigkeiten ist eine andere Beobachtung: In einigen Krankengeschichten, Pflegeberichten und Arztbriefen zeigt sich ein anderes Bild von der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit, als es von mir wahrgenommen wurde. Da heisst es z.B. von einer an Darmkrebs leidenden Patientin, die ich vor allem als eine Frau erlebte, die mit eisernem Willen alles, was in Zusammenhang mit ihrer Krankheit stand, positiv sehen wollte, im Pflegebericht: "Die Pat. nimmt sich Zeit, sich mit allem abzufinden." Oder von einer 58-jährigen Krebspatientin steht im Pflegebericht, dass sie verschlossen und klagsam sei, aber auch, dass sie Vertrauen zu Arzt und Schwestern habe und sich mit ihrer Situation abgefunden hätte. Man könne mit ihr sehr wohl über ihre Probleme sprechen, wenn man mit ihr allein im Zimmer sei. Als ich daraufhin die Protokolle meiner Gespräche mit ihr noch einmal durchsah, musste ich feststellen, dass wir tatsächlich nie die Gelegenheit hatten, unter vier Augen zu sprechen, ja, dass mir das Mithören unserer Unterhaltungen durch ihre Zimmernachbarin

einmal besonders aufgefallen war. Von einem anderen Patienten, der vor und nach seiner Operation scheinbar recht sorglos von einem "Gewächs im Darm" sprach, so dass ich mich fragte, warum er die Realität seiner unheilbaren Erkrankung so verleugne, heisst es zwar im Arztbrief, er sei "über sein Leiden aufgeklärt", aber daneben findet sich im Pflegebericht die besorgte Frage: "Wie gut ist der Patient informiert?".[1)]

Die Prüfung der Unterlagen legte also den Schluss nahe, dass die verschiedenen Bezugspersonen die Patienten in unterschiedlichen Situationen, Stimmungen, Krankheitszuständen etc. erlebt haben. Ausserdem - das zeigen allein schon meine Protokolle - kann das Verhalten der schwerkranken Patienten sehr schnell, manchmal von Stunde zu Stunde, wechseln, abhängig vor allem von den Symptomen der Krankheit, von neuen diagnostischen Abklärungen oder weiteren Therapien, bei chirurgischen Patienten besonders von den Folgen einer Operation. (Vielleicht ist es kein Zufall, dass von den sieben Kranken, die mir als Verleugner vorkamen, vier chirurgische Patienten waren, während von den 11 Patienten, die ich als nicht verleugnend einschätzte, nur zwei aus der Chirurgie und acht aus der Inneren Medizin kamen. Möglicherweise hat ein Patient, dessen Prognose vom Ausgang einer Operation abhängt, es schwerer, die Endgültigkeit seiner Diagnose zu akzeptieren, sieht man einmal von allen anderen in Frage kommenden Varianzquellen ab.) Je nachdem, in welchem Zustand ich als Bezugsperson einen Patienten erlebte, konnte also mein Urteil über seine Krankheitseinsicht ganz unterschiedlich sein.

Die geschilderten Beobachtungen, die zu einer weitgehenden Revision meiner Interpretation der sieben Patienten als Verleugner führten, haben selbstverständlich keinen Beweischarakter. Dazu sind sie zu zufällig zustande gekommen und dazu ist die Zahl der Patienten zu gering. Aber ich denke, dass sie so fundiert sind, um als Anregung zu dienen, die gängige Hypothese von Verleugnung bei vielen sterbenden Patienten zu überprüfen.

---

1) Aufgrund dieser Diskrepanzen habe ich die Krankengeschichten und Arztbriefe aller Patienten noch einmal durchgesehen. Dabei ist mir aufgefallen, dass in den wenigsten Fällen etwas über den Prozess der Aufklärung des Patienten gesagt wird, noch weniger darüber, wie er die bittere Nachricht verarbeitet hat.

Bevor aus den dargestellten Beobachtungen einige Schlussfolgerungen gezogen werden, soll gefragt werden, wie das Phänomen der Verleugnung in der Literatur beschrieben und beurteilt wird.

b. Das Thema in der Literatur

In der wissenschaftlichen Literatur besteht Einigkeit darüber, dass der Mechanismus der Verleugnung einer der wichtigsten Prozesse ist, mit dem der Patient versucht, mit der Tatsache seines drohenden Todes fertig zu werden. Mit Verleugnung bezeichnet man "einen sowohl unbewusst als auch bewusst möglichen primären Abwehrvorgang, der in Nichtbeachtung unlusterzeugender intra- und/oder extrapsychischer Sachverhalte besteht. Die Weigerung, peinliche Eindrücke zur Kenntnis zu nehmen, bewirkt eine Umgestaltung der Realität gemäss den Wünschen des Individuums. Dies kann sich gleichermassen in der Phantasie wie auch in Wort und Tat vollziehen" (WITTKOWSKI 1978, S. 132f. - im Original z.T. hervorgehoben).[1] Es kann bereits zu einer Verleugnung kommen, bevor überhaupt die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung gestellt ist. Der Betreffende ahnt, dass in ihm eine ernsthafte Krankheit im Gang ist, will dies aber nicht wahrhaben und übersieht oder bagatellisiert die entsprechenden Anzeichen. SPORKEN (1976) nennt diese Art der Verleugnung "implizite Leugnung", die sich z.B. in überraschenden Aktivitäten im privaten oder beruflichen Bereich äussert. Davon zu unterscheiden ist die "explizite Leunung". Sie erscheint als Reaktion auf die Eröffnung einer zum Tod führenden Erkrankung. Dabei scheint die Stärke der Verleugnung mit der Art der Informationsvermittlung in Zusammenhang zu stehen: je abrupter und unvorbereiteter die Mitteilung der Diagnose, desto heftiger die Verleugnung (GLASER & STRAUSS 1974). Darüber hinaus kann die Verleugnung zu jeder beliebigen Zeit des Sterbeprozesses auftauchen. Zu ihr nimmt der Patient von Zeit zu Zeit oder auch ständig Zuflucht.

---

1) Der Unterschied zwischen Verleugnung und anderen Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Ungeschehen-Machen, Isolierung vom Affekt ist sehr schwierig zu bestimmen und wird nicht einheitlich gesehen (vgl. für den Bereich unheilbarer Krankheit vor allem GAUS & KÖHLE 1979, 754-758). Für unseren Zweck ist obige Definition ausreichend.

Der Vorgang der Verleugnung hat - wie alle psychischen Prozesse, die während der Sterbezeit vorkommen - eine bestimmte Funktion, einen instrumentellen Charakter (ROOSE 1969): Es geht darum, den durch die Ankündigung des bevorstehenden Todes ausgelösten Schock zu mildern. MEERWEIN et al. sehen beim krebskranken Patienten darüber hinaus eine "soziale Funktion": Die Verleugnung "soll sowohl die eigene Person wie die Umgebung davon überzeugen, dass keine Krebskrankheit vorliege, dass die Integrität des 'Selbst' nicht bedroht sei und die Umwelt keinen Anlass habe, den Kranken zu verlassen" (1976, S. 283). Der Prozess der Verleugnung kann entweder total sein, eine Form, die häufig zu Beginn der Sterbezeit, selten während des gesamten Sterbeprozesses auftritt (MEERWEIN 1981b: "adaptive Verleugnung"). Oder er ereignet sich als partielle Verleugnung, die sich auf einzelne Aspekte des Sterbevorgangs bzw. der Krankheit bezieht oder nur bestimmte Personen der Umgebung des Patienten betrifft (MEERWEIN: "selektive Verleugnung").

Generell wird man sagen können, dass jeder Patient sich die für ihn adäquate(n) Form(en) der Verleugnung "wählt". Dabei finden sich u.a. folgende Erscheinungsweisen, die sich nach HINTON (1972) unterscheiden lassen in solche, bei denen der Patient bestimmte positive Seiten seines Erlebens betont, und solche, bei denen er bestimmte negative vermeidet:

- Positive Interpretation irrelevanter Faktoren (z.B. Verschwinden von Symptomen)
- Vergleich mit anderen Patienten, durch den der eigene Zustand in günstigem Licht erscheint
- Beurteilung der eigenen Situation als Ausnahme von der allgemeinen Regel der Irreversibilität der Krankheit
- Aufnahme anstrengender Tätigkeiten zwecks Beweises der Lebenskraft
- Reduzierung oder Vermeidung von Kontakten mit Personen, die informiert sind
- Annahme eines Irrtums in der Diagnosenstellung (z.B. durch Vertauschen von Röntgenbildern)

Der Prozess der Verleugnung bei einem Patienten ist für seine Umgebung nicht immer leicht zu durchschauen und zu akzeptieren: "Verleugnende Kranke erwecken klinisch den Eindruck einer 'doppelten Buchführung', d.h. einer zwischen 'Wissen" und 'Nichtwissen' pendelnden, inneren und äusseren Haltung" (MEERWEIN 1981b, S. 119). Auf diese Weise kann erhebliche Verwirrung

entstehen, bis hin zum Ärger über den Betreffenden, der die Wahrheit doch schon akzeptiert habe, was zum Rückzug der Interaktionspartner und damit zur Isolierung des Patienten führen kann. Von WEISMAN (1972) wird dieser Zustand des Hin- und Herpendelns "mittlere Bewusstheit" (middle knowledge) bzw. "unsichere Gewissheit" (uncertain certainty) genannt, wobei er zwischen einer Verleugnung ersten Grades, bezogen auf das Faktum der Krankheit, einer Verleugnung zweiten Grades, bezogen auf die Auswirkungen der Krankheit, und einer Verleugnung dritten Grades, bezogen auf die antizipatorische Vorstellung des eigenen Todes, unterscheidet.

c. Thesen zum Phänomen der Verleugnung

Die meisten der zitierten Autoren, deren Ansichten die gesamte Literatur zum Thema relativ authentisch widerspiegeln dürften, beschäftigen sich mit der Darstellung der Erscheinungsweisen des Verleugnungsprozesses und seiner Funktion. Weniger ist von einer positiven Würdigung des Phänomens die Rede.[1] Was ganz fehlt, ist die Frage, was der Prozess der Verleugnung und das Problem der Kommunikation zwischen Patient und Bezugspersonen miteinander zu tun haben.

---

1) Eine Ausnahme bildet in jüngster Zeit der Jungsche Psychoanalytiker Martin ODERMATT (1985): "Es ist nicht nur Verdrängung der Gefühle, es ist auch das selektive Verhalten gerade des reifen Menschen, der auf Erwartungsrollen eingeht und seine wirkliche Innenwelt in dieser Zeit letzter Erfahrungen nur wenigen Ausgewählten anvertraut. Und zu diesen wenigen brauchen nicht notwendigerweise die Mitglieder des Pflegeteams oder die Angehörigen zu gehören. Es kann sehr wohl ein Aussenseiter sein, der dem Kranken vertrauenswürdig erscheint. (...) Es gibt im Patienten selber ein Nebeneinander widersprüchlicher Grundhaltungen. Das klare unabweisliche Wissen darum, dass ihm wohl nur noch eine kurze Lebensdauer beschieden ist. Und er rechnet damit, er ringt damit, er akzeptiert. Und gleichzeitig plant er noch in eine unbeschränkte Zukunft hinein, als ob er seiner Gesundung ebenso gewiss wäre. Was ich als Gespaltenheit bezeichnete, meine ich in diesem Zusammenhang nicht als Pathologie. Ich meine es mehr als wesenhaften Ausdruck des Archetyps des Lebens, der wohl immer auch den Tod miteinbegreift" (S. 7).

Angeregt durch die im Bezirksspital gemachten Erfahrungen mit den beschriebenen Patienten, darüber hinaus aufgrund von Begegnungen mit Patienten in anderen Spitälern, möchte ich im folgenden einige Thesen zum Problem der Verleugnung aufstellen. Mit ihnen soll das Phänomen keineswegs "geleugnet" werden, was einer Verkehrung ins Gegenteil und damit nur dem Ersatz eines Abwehrmechanismus durch einen anderen gleichkäme. Vielmehr soll die Aufmerksamkeit auf die Rahmenbedingungen gelenkt werden, die bei der Beurteilung von Verleugnungsprozessen zu beachten sind.

(1) Bei der Erörterung des Phänomens der Verleugnung wird in der Regel von einem Idealzustand der Auseinandersetzung des sterbenden Patienten mit seinem bevorstehenden Tod ausgegangen, von welchem an einem oder wenigen Punkten abzuweichen bereits als Anzeichen des Vorliegens eines Verleugnungsprozesses gewertet wird. Ein solcher Idealzustand dürfte in Wirklichkeit aber höchst selten vorkommen.

(2) Die Diagnose "Verleugnung" kann, wenn sie leichtfertig gebraucht wird, zu einer Abstempelung des Patienten führen (vergleichbar etwa dem häufig gehörten Satz, ein Patient sei "verwirrt"). Sie kann, wenn sie auf oberflächlicher Kommunikation beruht, auch zu einem Instrument werden, mit dem der Betreuer sich selbst vor der Notwendigkeit schützt, die Qualität seines Kontaktes mit dem Patienten zu überprüfen.

(3) Verleugnung ist keine einmal zu treffende und dann feststehende Diagnose (wie Lungen-Carzinom oder Herzinfarkt). Vielmehr ist damit immer ein Ausschnitt aus einem vielschichtigen und veränderbaren psychischen Prozess gemeint. Die Feststellung, ein Patient würde verleugnen, kann also nur bedeuten, dass er in einem ganz bestimmten krankheitsbedingten Zustand zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt zu einer ganz bestimmten Person angesichts ganz bestimmter Aussichten nicht bereit oder in der Lage ist, die infauste Prognose seiner Krankheit für den Gesprächspartner wahrnehmbar zu akzeptieren.

(4) Von Verleugnung darf erst dann gesprochen werden, wenn alle anderen Ursachen für das Zustandekommen oder die Feststellung eines die Krankheit oder ihre Folgen nicht akzeptierenden Erlebens und Verhaltens als ausgeschlossen gelten oder unwesentlich bezeichnet werden können. Zu diesen

Ursachen gehören vor allem: unzureichende Aufklärung durch den Arzt, physisch bedingte Verstehens- und Verständigungsschwierigkeiten des Patienten (z.B. Schwerhörigkeit, Verwirrtheit), Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient und Betreuer, ungünstige zeitliche und räumliche Umstände für diesbezügliche Kontakte.

(5) Des weiteren sollte erst dann von Verleugnung gesprochen werden, wenn feststeht, dass es sich nicht nur um einen vorübergehenden oder nur von bestimmten Kommunikationspartnern registrierten Zustand handelt. Alle anderen Zustände verdienen allenfalls die Bezeichnung einer zeitlich oder personenbezogenen "partiellen" oder "selektiven" Verleugnung.

(6) Das Vorliegen einer Verleugnung im Sinne eines vollumfänglichen und kontinuierlichen Prozesses ist - nach der Erfahrungen der vorliegenden Untersuchung - eher ein Ausnahmefall. Im allgemeinen handelt es sich bei den so bezeichneten Vorgängen um Artefacte oder partielle bzw. selektive Prozesse.

(7) Die Feststellung, ein Patient würde verleugnen, ist in den meisten Fällen eine Aussage über die Qualität der Beziehung zwischen Patienten und Bezugspersonen. Der Gebrauch der Bezeichnung "Verleugnung" von seiten der Bezugspersonen macht in jedem Fall die Frage notwendig, um wessen Verleugnung es tatsächlich geht: um die des Patienten in bezug auf seine Krankheit oder die des Betreuers in bezug auf seine Wahrnehmungs- oder Kommunikationsdefizite. Der bei einer Bezugsperson entstehende Eindruck, dass der von ihm betreute Patient verleugnen würde, sollte also in erster Linie zu einer kritischen Rückfrage an sich selbst führen, wie die Qualität oder die Umstände der Beziehung zum Patienten verbessert werden können.

(8) Umgekehrt erschwert die Existenz von verleugnenden Patienten auf einer Abteilung den Aufbau von guten Beziehungen zwischen Patienten und Bezugspersonen, d.h. es handelt sich bei Verleugnung und Kommunikation immer um sich gegenseitig beeinflussende Prozesse.

(9) Die Beobachtung eines verleugnenden Prozesses ist zugleich eine Rückfrage an Art und Qualität der Aufklärung des Patienten über seine Krankheit. In vielen Fällen wird noch immer der Tatsache zu wenig Rechnung getragen, dass die Vermittlung der "Wahrheit am Krankenbett" nicht in einer einmaligen

Mitteilung über die Diagnose bestehen kann, sondern einen Prozess im Rahmen der Interaktion zwischen Patient und Informant bedeutet, in dem es weniger um die Ankündigung des Sterbens als um die Sinnerschliessung des verbleibenden Lebens geht.

(10) In die Krankengeschichte des Patienten und seinen Arztbrief gehört die Information über Art und Umfang der Mitteilung des Arztes über Diagnose und Prognose sowie Art und Umfang der Verarbeitung der Information durch den Patienten ebenso selbstverständlich hinein wie z.B. die Angaben über die angewandten diagnostischen Massnahmen oder die ermittelten Laborwerte.

2.5.2 AKZEPTIERENDE PATIENTEN

a. Stichprobe

Neben dem im vorigen Kapitel beschriebenen, scheinbar aus Gründen der Verleugnung nicht für die Befragung verwendbaren Patienten gab es im Bezirksspital weitere 10 Patienten, die zwar von mir besucht wurden (durchschnittliche Anzahl von Besuchen pro Patient: 2.8), aber nicht in die Studie einbezogen werden konnten, obwohl es sich bei ihnen nicht um - tatsächlich oder scheinbar - verleugnende Kranke handelte. Vielmehr spielten bei ihnen andere, teils im Krankheitszustand der Patienten, teils in der Kommunikation mit ihnen liegende Gründe eine Rolle. Die Gruppe dieser Todkranken setzte sich wie folgt zusammen:

Alter:	Die Patienten waren von 43 bis 84 Jahre alt mit einem Durchschnitt von 69.4 Jahren.
Geschlecht:	Es handelte sich um 3 Männer und 7 Frauen.
Familienstand:	Verheiratet waren 6, verwitwet 2, geschieden 1 und ledig 1 Person(en).
(Haupt-)diagnose:	Magen-Darm-Carzinom: 5; Carzinom des Uro-genital-Traktes: 2; Herzinsuffizienz: 1; Malignes Lymphom: 1; Leukämie: 1.

Von diesen 10 Patienten waren vier so schwach, dass eine Unterhaltung mit ihnen zwar möglich, ihnen die Aufgabe des Karten-Sortierens aber nicht mehr

zuzumuten war. Bei zwei Patienten ergab sich gleich beim ersten Kontakt ein so offenes Gespräch über die mit ihrer schweren Krankheit verbundenen Sorgen, dass die Bitte um Beteiligung an der Befragung für den nächsten Kontakt von mir vorgesehen war; weil die Patienten aber sehr schnell entlassen wurden, kam es nicht dazu. Bei den restlichen vier Patienten war der Kontakt für eine Befragung ausreichend genug. In zwei dieser Fälle waren es äussere Störungen unserer Gespräche, in einem Fall die Tatsache, dass die Diagnose nicht ganz sicher war, und im letzten Fall, dass der Patient so viele unbedingt zu besprechende Sorgen mit seiner Familie hatte, die eine Befragung verhinderten.

Auch bei dieser Patientengruppe finden sich in schriftlichen Berichten (Krankengeschichte, Pflegebericht, Arztbrief) Aussagen, die nicht übereinstimmen, d.h. auch diese Todkranken wurden von ihren Bezugspersonen unterschiedlich wahrgenommen. Allerdings ist die Differenz zwischen den Beobachtungen hier deutlich geringer als bei der Gruppe der "Verleugner". Überdies stimmen die meisten Beobachtungen und Bewertungen von Schwestern und Ärzten mit meinen eigenen überein. So heisst es z.B. in den Berichten: "Pat. ist sehr niedergeschlagen wegen der Diagnose." - "Wir haben Herrn A. über den Gang der Operation sowie über sein Grundleiden aufgeklärt." - "Herr B. ist über seine Diagnose genauestens informiert, auch wenn er wieder danach fragt. Auseinandersetzungsgespräche mit Tod und Vergangenheit finden statt." - "Die Pat. ist von uns über die Diagnose ... voll informiert worden." - "... die Pat. ist sich ihrer Lage bewusst und informiert. Ihren Wunsch zu sterben hat sie mehrmals klar geäussert und sich auch in diesem Sinne mit den näheren Angehörigen besprochen. Sie wünscht ausdrücklich keine lebensverlängernden Massnahmen." - "Die Pat. befasst sich intensiv mit dem Sterben. Sie hat Bescheid bekommen, dass es früher oder später zum Tode führt."

Nur eine jüngere Patientin, von der es in der Krankengeschichte heisst, dass ihr gegenüber möglichst nicht von der Krankheit gesprochen werden sollte, da sie sehr ängstlich sei, wurde von mir ganz anders erlebt: sehr offen, wenn vielleicht auch hintergründig ängstlich, über ihre Überlebenschancen sprechend. Bei einer anderen, schon sehr alten Patientin sind mir die unterschiedlichen

Eintragungen im Pflegebericht unmittelbar verständlich, da ich den beschriebenen Unterschied ebenfalls erlebt habe: "Pat. redet viel, klagt, fühlt sich nicht ernstgenommen." Und: "Pat. spricht viel vom Sterben; möchte unbedingt sterben."

b. Fallberichte

Ebenso wie bei den in die Studie aufgenommenen Patienten scheint mir auch bei einigen Kranken dieser Patientengruppe ein so ausgeprägtes Erleben und Verhalten vorzuliegen, dass man wiederum - mit den oben genannten Einschränkungen - von "Typen" schwerkranker Patienten sprechen kann.

1. Der den Tod herbeisehnende Patient

Bei diesen Patienten handelt es sich um Menschen, die seit längerer Zeit krank sind, deren Kräfte immer mehr abgenommen haben und die sehr stark auf die Unterstützung des Personals oder ihrer Angehörigen angewiesen sind. Sie wissen, dass sie nicht mehr gesund werden können, haben dieses Faktum akzeptiert und wünschen, dass der Tod möglichst bald eintritt, obwohl sie nicht unbedingt grosse Schmerzen haben. Doch ist das Gefühl des Leidens und der zunehmenden Hilflosigkeit besonders stark bei ihnen. - Solche Wünsche nach baldigem Tod kommen meist bei Kranken vor, die ihr Leben "hinter sich" haben, aber es gibt auch jüngere Patienten, die nicht mehr leben wollen, was meist mit einer vorausgegangen längeren Leidenszeit verbunden ist. Bei diesem Patienten-Typus findet sich auch häufig der Wunsch, von weiteren therapeutischen Massnahmen oder künstlicher Ernährung abzusehen, also den Sterbeprozess nicht unnötig zu verlängern. In der Kommunikation und Kooperation mit dem Personal sind die Kranken meist unproblematisch, weil sie nichts mehr "wollen". Gelegentlich gibt es gewisse Probleme im pflegerischen Bereich, da es den Schwestern trotz Respektierung der Einstellung des Patienten verständlicherweise nicht möglich ist, sie einfach liegen zu lassen, vielmehr ein Mindestmass an Versorgung aufrecht erhalten werden muss.

2. Der ständig zwischen Hoffnung und Resignation schwankende Patient

Der Akzent bei der Beschreibung dieses Patienten liegt auf dem Wort "ständig", da der gelegentliche Wechsel von Hoffnung zu Resignation und Sich-Abfinden zu neuem Mut keineswegs ungewöhnlich ist und vermutlich bei den meisten Menschen mit unheilbarer Erkrankung vorkommt. Bei dem in Rede stehenden Typus ist dagegen bis kurz vor dem Tod ein fast ununterbrochen und rasch stattfindendes Hin- und Herpendeln festzustellen. Deshalb spielt hier die Warum-Frage ebenso wie die mit dem Faktor Zweifel verbundene Problematik eine grosse Rolle. Für den Betreuer sind diese unterschiedlichen Zustände nicht zu übersehen, da sie jeweils mit starken Emotionen verbunden sind, was den Eindruck einer gewissen Theatralik hervorruft. So war es auch bei einer noch recht vitalen 70-jährigen Patientin mit Darmkrebs: An einem Tag oder in einer Stunde war sie "schonungslos" offen bis zum Sarkasmus sich selbst gegenüber und wollte nur noch, dass es möglichst rasch zu Ende ginge bzw. dass sie die bevorstehende Operation nicht überleben würde; am nächsten Tag oder ein paar Stunden später sprach sie wieder - scheinbar selbstbewusst - von Reiseplänen für die kommenden Monate. Für die Betreuer gehören solche Patienten zu den sie sehr beanspruchenden, weil man im voraus nie weiss, woran man bei ihnen ist. Sie stellen an Schwestern, Ärzte und Angehörige hohe Anforderungen, aber gerade ihnen gegenüber ist eine beständige Zuwendung vonnöten, da sie sonst allzu leicht als "schwierig" links liegen gelassen werden.

3. DIE BEFRAGUNG VON PATIENTEN IM STADTSPITAL

3.1 Stichprobe und Methodik

Angesichts der geringen Fallzahl der im Bezirksspital befragten Patienten (N=11) erschien es sinnvoll, in einem anderen Spital, das von der Grösse her günstigere Voraussetzungen bot, eine weitere Stichprobe zu erheben. Die Gelegenheit dazu ergab sich an einem 500-Betten-Krankenhaus einer Grossstadt im Norden der BRD, wo eine mir bekannte Ärztin in der Inneren Medizin einer Abteilung mit 160 Betten arbeitete, die zudem die Entstehung der vorliegenden Arbeit mit Interesse verfolgt hatte. Im Sommer 1986 konnten von ihr in diesem Spital 30 todkranke Krebs- und Leukämie-Patienten befragt werden.

Anders als im Bezirksspital wurden den Patienten dort keine Problemkarten vorgelegt. Vielmehr wurden die Patienten aufgrund eines etwa einstündigen Gespräches, in dem die 20 Probleme, ohne dass die Kranken davon wussten, mehr oder weniger direkt angesprochen und im Anschluss an das Gespräch auf einem Fragebogen angekreuzt wurden, der in Formulierung und Kategorisierung genau den im Bezirksspital verwandten Karten bzw. Beurteilungsbögen entsprach (s. Anhang C 1).[1] Sofern Unklarheiten bestanden, wurden die Antworten der Patienten möglichst wörtlich aufgeschrieben, mit mir diskutiert und von mir entsprechend den Erfahrungen aus den beiden anderen Stichproben klassifiziert. Ausserdem wurden Geschlecht, Alter, Familienstand und Diagnose der Patienten festgestellt. (Bei diesem Vorgehen ist nicht auszuschliessen, dass in die Beurteilung der Patienten auch Kenntnisse eingeflossen sind, welche die beurteilende Medizinerin bereits vor den Interviews von den Patienten hatte, obwohl sie sich dieser Gefahr infolge genauer Erörterung der Methode vor Beginn der Studie bewusst war.) Dass im Stadtspital nicht das im Bezirksspital bewährte Verfahren des Q-Sort angewandt wurde, hat keine materiellen Gründe, sondern ist einzig in einem gewissen zeitlichen Druck begründet,

---

1) Darüber hinaus wurden in diesen Gesprächen oder bei späteren Kontakten die genannten Probleme im Sinne einer möglichen Bearbeitung mit dem Patienten besprochen, was jedoch für die vorliegende Studie keine Rolle spielt.

da das Q-Sort-Verfahren zweifellos mit mehr Zeitaufwand verbunden ist als die Befragung.[1)]

3.2 Beschreibung der Stichprobe

(1) Geschlecht

Von den 30 Patienten waren 17 Männer (56.7%) und 13 Frauen (43.3%).

(2) Alter

Das Alter der Patienten lag zwischen 19 und 84 Jahren bei einem Mittelwert von 58.2 Jahren und einer Standardabweichung von 17.0 Jahren.

(3) Familienstand

Hier zeigte sich folgende Aufteilung:

- Ledig	4 (13.3%)	- Geschieden	4 (13.3%)
- Verheiratet	17 (56.7%)	- Verwitwet	5 (16.7%)

(4) Diagnose

Die Befragten hatten folgende (Haupt-)diagnose:

---

1) Es ist kein gering einzuschätzendes Nebenergebnis der Studie zu sehen, wie relativ leicht es der Ärztin fiel, 30 Patienten auf ihre Sorgen hin zu befragen, verglichen mit dem - zumindest zahlenmässig - geringen Ergebnis meiner Bemühungen im Bezirksspital. Auch abgesehen von der unterschiedlichen Grösse der beiden Spitäler, die zweifellos eine erhebliche Rolle gespielt hat, muss man zu dem Schluss kommen, dass es für den Mediziner prinzipiell immer noch am leichtesten ist, von todkranken Patienten Auskünfte zu erhalten, da letztlich alle Fragen, selbst wenn sie so weit ins Privat-Existentielle gehen, wie in unserer Studie, mit Diagnose und Prognose der Krankheit zu tun haben. Von daher ist der Arzt verständlicherweise für den Patienten die Hauptbezugsperson.
Eine ganz andere Frage ist, welcher Art die Auskünfte sind, die dem Mediziner auf diese Weise zugänglich werden. Wie der weiter unten zu besprechende Unterschied zwischen den Ergebnissen der Befragungen im Bezirks- und im Stadtspital zeigt, ist es nicht müssig, an dieser Stelle nachzufragen.

- Leukämie	12 (40.0%)	- Magen-Darm-Carzinom	2 (6.7%)
- Malignes Lymphom	5 (16.7%)	- Carzinom des Urogenital-Traktes	3 (10.0%)
- Bronchial-Carzinom	8 (26.7%)		

3.3 Ergebnisse

3.3.1 DIE SELBSTBEURTEILUNG DER PATIENTEN

Die Patienten aus dem Stadtspital wurden danach gefragt, ob die 20 Sorgen des Problemkatalogs für sie ein Problem bedeuten würden oder nicht. Je nach Stärke ihrer Reaktion wurde von der befragenden Bezugsperson zwischen "Problem" und "grossem Problem" unterschieden. In der Darstellung auf der folgenden Seite, in der es nur um die Häufigkeiten geht, werden die Angaben "Problem" und "grosses Problem" gleich behandelt.

Innerhalb des Skalenbereiches von 0.0 ("sehr selten", d.h. 0% der Patienten haben diese Frage als Problem empfunden) bis 1.0 ("sehr oft", d.h. 100% sehen hier ein Problem) liegen die Patienten im Durchschnitt bei einem Gesamt-Problemwert (GPB) von 0.24. Das bedeutet, gemessen an der maximal denkbaren Belastung mit Problemen ordnet sich der Todkranke im Durchschnitt bei 24% ein. Dabei reicht die Spannweite der Belastung im einzelnen von 3% (P7: Mühe mit Schwestern) bis zu 43% (P9: Angst vor Schmerzen; P12: Warum ich?). Die aus den 20 Problemen gebildeten Faktoren liegen bei 30% (Resignation), 25% (Zweifel) und 13% (Interaktion).

Abbildung 9 auf der übernächsten Seite zeigt die Probleme nach Häufigkeiten geordnet. In diesem Diagramm sind auch die von den Patienten als schwerwiegend ("grosses Problem") bezeichneten Sorgen eingezeichnet. In neun von 20 Fällen wurde von dieser Beurteilungsmöglichkeit Gebrauch gemacht. Die meisten "grossen Probleme" finden sich bei:

	Prozentsatz der Gewichtigkeit
P9 (Angst vor Schmerzen)	23.5%
P12 (Warum ich?)	21.1%
P11 (Immer mehr aufgeben müssen)	17.6%

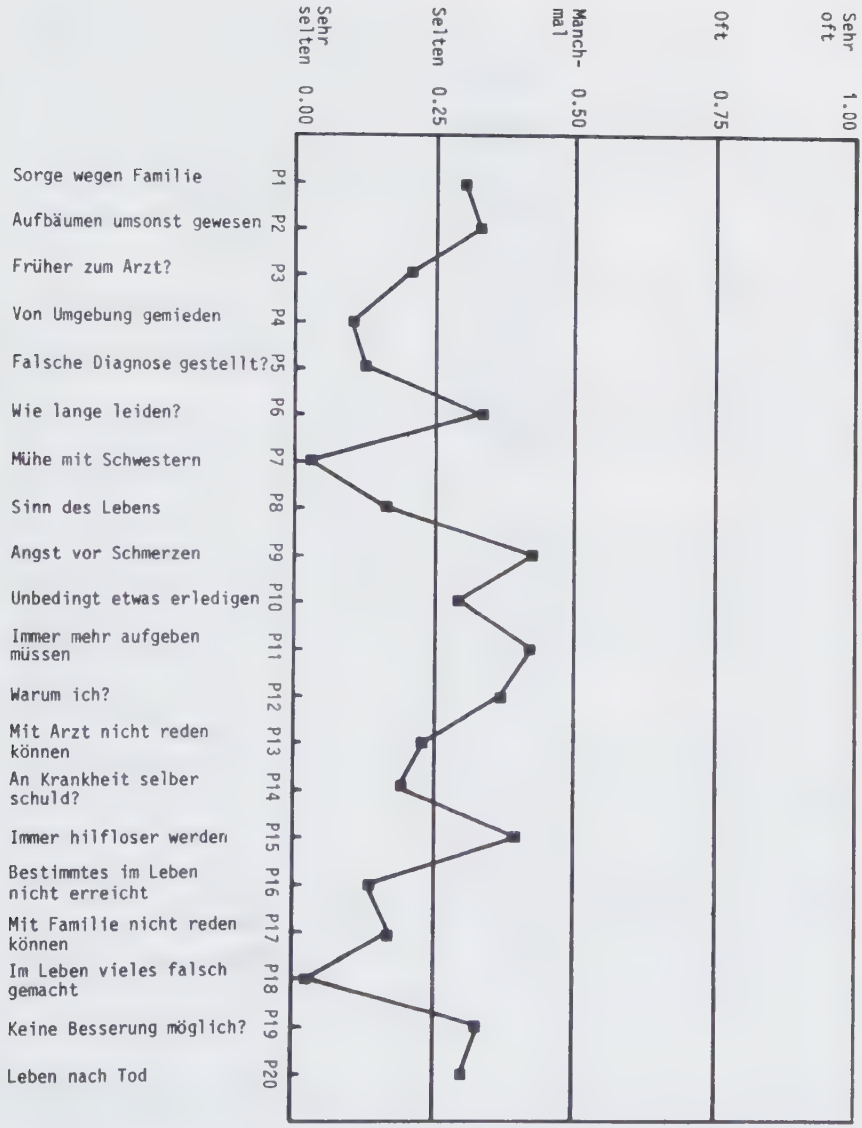


Abb. 8: Verteilung der Mittelwerte der Patienten des Stadtspitals bei den 20 Problemen

Abgesehen von P1, das in der Rangfolge der nicht-unterschiedenen Häufigkeiten den 8. Rang einnimmt, handelt es sich bei diesen Problemen um die,

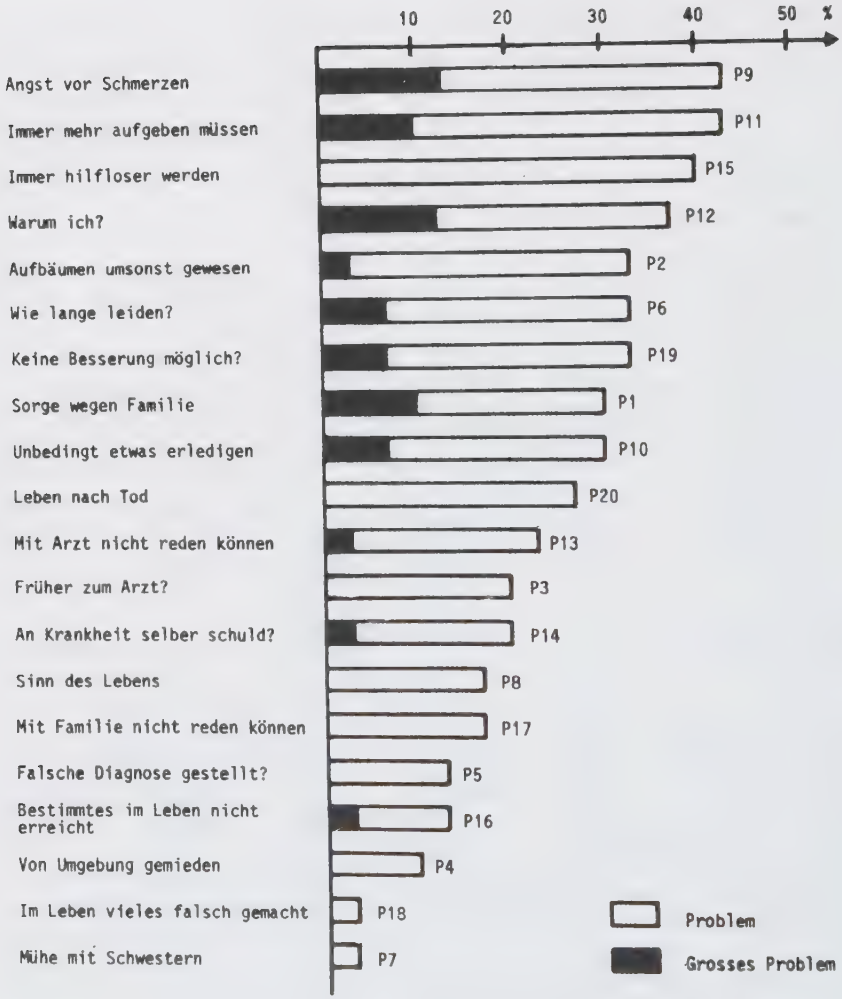


Abb. 9: Rangordnung der 20 Probleme bei den Patienten des Stadtspitals

welche auch sonst an der Spitze der Rangordnung stehen. Allgemein kann also gesagt werden, dass Probleme mit grösserer Häufigkeit auch einen höheren Prozentsatz an schwerwiegenden Sorgen enthalten. Eine deutliche Ausnahme bildet hier P15 (Immer hilfloser werden) ohne "grosses Problem" sowie

P3 (Besser früher zum Arzt?) und P16 (Bestimmtes nicht erreicht), die trotz ihres 12. bzw. 16. Ranges ebenfalls "grosse Probleme" enthalten.

Auf die Prüfung des Einflusses der soziographischen Variablen auf die Einschätzung der Probleme wird auch bei dieser Stichprobe wegen ihrer geringen Grösse verzichtet.

3.3.2 ZUSAMMENFASSUNG

(1) Die 30 Patienten des Stadtspitals ordnen sich selbst bei einer Gesamtbelastung von 24% ein, was bedeutet, dass sie sich von den 20 Problemen im Durchschnitt "selten" bedrückt fühlen.

(2) Ihre grössten Probleme sind die Angst vor Schmerzen (P9), die Trauer über den Verlust von Werten (P11), die Sorge, immer abhängiger zu werden (P15), und die Warum-Frage (P12). Nur ganz selten haben sie Mühe mit den Schwestern (P7) oder plagt sie der Gedanke, sie hätten im Leben vieles besser machen können (P18).

(3) Nach Faktoren unterschieden spielen Probleme, die mit der Interaktion zusammenhängen, eine untergeordnete Rolle (13%), während zweifelnde Fragen (25%) und vor allem resignative Einsichten (30%) von grösserer Bedeutung sind.

(4) Die auch bei dieser Patienten-Stichprobe durchgeführte Unterscheidung der Probleme nach ihrem Gewicht für den einzelnen Patienten zeigt eine gewisse Entsprechung von Quantität und Qualität: die am häufigsten genannten Probleme sind im allgemeinen auch die als besonders schwerwiegend empfundenen.

Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt zusammen mit der Erörterung der Resultate aus der Studie im Bezirksspital im folgenden Kapitel.

C. Der Vergleich zwischen den drei Studien

Aufgrund er in den vorigen Kapiteln beschriebenen Ergebnisse der drei Studien ist es nun möglich, die Aussagen der Patienten über sich selbst mit den Beurteilungen zu vergleichen, die ihre Bezugspersonen im Spital über sie abgegeben haben. Damit kommt die Arbeit zum Kern der Untersuchung. Es geht um die Frage, wie gross die Ähnlichkeit bzw. Differenz zwischen Selbstbild der Patienten und attribuiertem Selbstbild der Bezugspersonen ist und welche Schlussfolgerungen sich daraus für Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten und Betreuern ableiten lassen. Was in kleinem Rahmen des Bezirksspitals an Vergleich zwischen den 11 Patienten und ihren je vier Betreuern bereits vorliegt, wird somit auf die zahlenmässig viel grössere schriftliche Umfrage ausgeweitet. Bevor aber die Aussagen der in dieser Befragung zu Wort gekommenen Ärzte, Schwestern und Pfarrer in Beziehung zu denen der Patienten gesetzt werden, sollen die beiden befragten Patientengruppen miteinander verglichen werden.

1. VERGLEICH ZWISCHEN DEN BEIDEN PATIENTENGRUPPEN

1.1 Vergleich

Aus der folgenden Tabelle (S. 221) und dem dazugehörigen Diagramm (S. 222) ist ersichtlich, wie sich die Selbstbeurteilungen der 11 Patienten des Bezirksspitals und der 30 Patienten des Stadtspitals auf die 20 Probleme verteilen. Bei diesem Vergleich ist die Differenzierung der Antworten zwischen "Problem" und "grossem Problem" nicht berücksichtigt; die Antworten werden vielmehr nur nach Häufigkeit ausgezählt. In der Gegenüberstellung der Werte ergibt sich folgendes Bild:

Bezirksspital	Stadtspital
Gesamt-Problemwert (GPB)	
0.34	0.24

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
STADTSPITAL	$\bar{x}$	0.30	0.33	0.20	0.10	0.13	0.33	0.03	0.17
	s	0.47	0.48	0.41	0.31	0.35	0.48	0.18	0.38
BEZIRKSSPITAL	$\bar{x}$	0.36	0.27	0.36	0.27	0.20	0.45	0.00	0.40
	s	0.50	0.47	0.50	0.47	0.42	0.52	0.00	0.52
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
		P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
STADTSPITAL	$\bar{x}$	0.43	0.30	0.43	0.37	0.23	0.20	0.40	0.13
	s	0.50	0.47	0.50	0.49	0.43	0.41	0.50	0.35
BEZIRKSSPITAL	$\bar{x}$	0.18	0.40	0.45	0.36	0.36	0.27	0.20	0.40
	s	0.40	0.52	0.52	0.50	0.50	0.47	0.42	0.52
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
		P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB
STADTSPITAL	$\bar{x}$	0.17	0.03	0.33	0.27	0.30	0.25	0.13	0.24
	s	0.38	0.18	0.48	0.45	0.21	0.23	0.18	0.15
BEZIRKSSPITAL	$\bar{x}$	0.50	0.09	0.40	0.45	0.32	0.33	0.32	0.34
	s	0.53	0.30	0.52	0.52	0.30	0.25	0.34	0.29
	P	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tab. 46: Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzen der Patienten des Stadtspitals (N=30) und des Bezirksspitals (N=11) bei den 20 Problemen, 3 Faktoren und dem Gesamt-Problembewusstsein

	Bezirksspital	Stadtspital
Faktoren		
Resignation	0.32	0.30
Zweifel	0.33	0.25
Interaktion	0.32	0.13

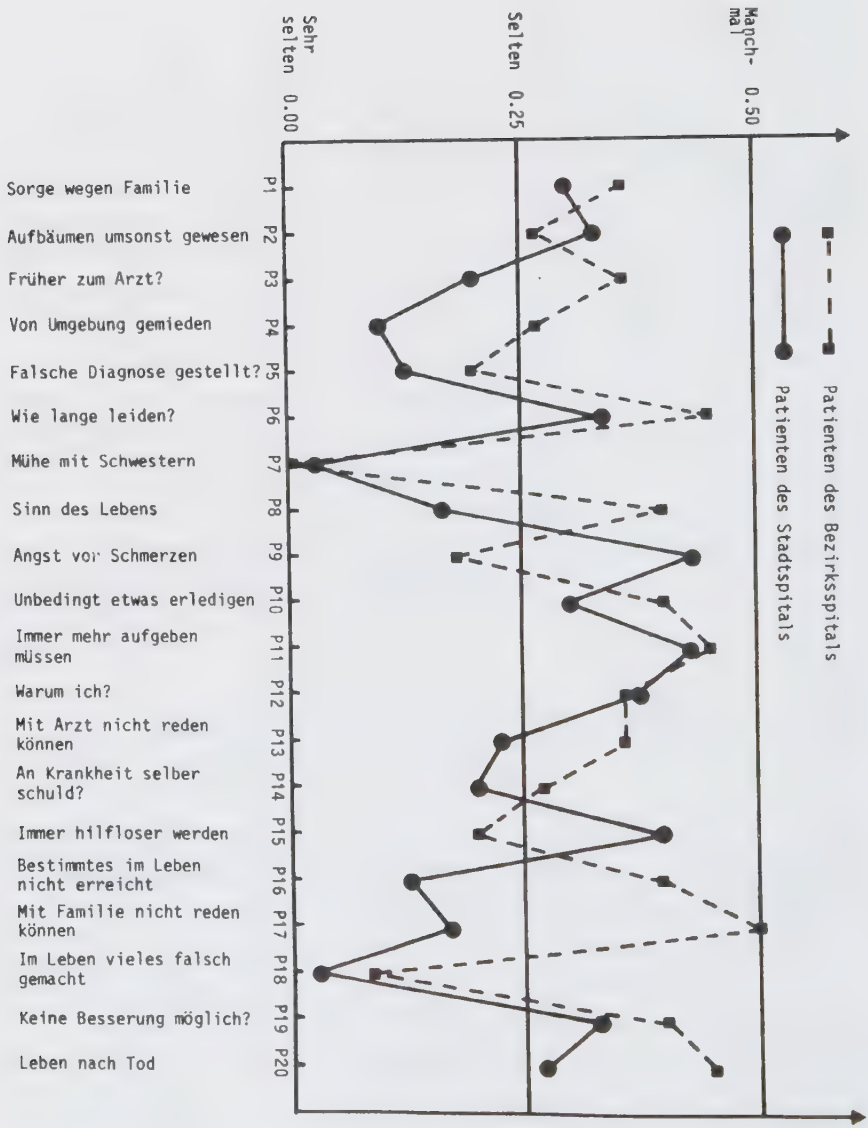


Abb. 10: Verteilung der Mittelwerte der Patienten des Stadtspitals und der Patienten des Bezirksspitals bei den 20 Problemen

Bezirksspital	Stadtspital
Die häufigsten Probleme	
P17 (Mit Familie nicht reden können) (0.50)	P9 (Angst vor Schmerzen) (0.43)
P20 (Leben nach Tod) (0.45)	P11 (Immer mehr aufgeben müssen) (0.43)
P6 (Wie lange leiden?) (0.45)	P15 (Immer hilfloser werden) (0.40)
P11 (Immer mehr aufgeben müssen) (0.45)	P12 (Warum ich?) (0.37)
Die seltensten Probleme	
P9 (Angst vor Schmerzen) (0.18)	P4 (Von Umgebung gemieden) (0.10)
P18 (Im Leben vieles falsch gemacht) (0.09)	P18 (Im Leben vieles falsch gemacht) (0.03)
P7 (Mühe mit Schwestern) (0.00)	P7 (Mühe mit Schwestern) (0.03)
Die grössten Unterschiede	
P17 (Mit Familie nicht reden können) (0.50)	(0.17)
P16 (Bestimmtes nicht erreicht) (0.40)	(0.13)
P8 (Sinn des Lebens) (0.40)	(0.17)

Die Korrelation zwischen beiden Gruppen beträgt .24 (Spearmans Rho) bzw. .38 (Pearsons R).

Der einzige signifikante Unterschied zwischen beiden Patientengruppen besteht in bezug auf die Interaktion mit der Familie (P17).

Ingesamt stufen sich die Patienten recht niedrig ein. Nach der Selbsteinschätzung der Kranken dürften Probleme, die für sie im Zusammenhang mit dem Prozess des Sterbens entstehen, nicht sehr häufig oder sehr gross sein. Nur ein einziges Problem (P17) erreicht im Bezirksspital die 50%-Marke. Ansonsten

bewegen sich die meisten Probleme dort in der Häufigkeit zwischen "manchmal" und "selten" (Durchschnitt: 34%), im Stadtspital zu gleichen Teilen zwischen "manchmal" und "selten" sowie "selten" und "sehr selten" (Durchschnitt: 24%). Gesamthaft gesehen haben nach eigener Einschätzung überhaupt keine Probleme mit dem Sterben im Bezirksspital 27% und im Stadtspital 7%. Nur ein Problem haben im Bezirksspital kein Patient, im Stadtspital 10% aller Patienten; nur zwei Probleme haben im Bezirksspital 9%, im Stadtspital 7%; nur drei Probleme haben im Bezirksspital kein Patient, im Stadtspital 10%. Im Stadtspital haben demnach 40% aller Patienten nicht mehr als drei Probleme im Zusammenhang mit ihrem bevorstehenden Tod. Wenn man Klassen von Problembelastungen bildet, zeigt sich folgendes:

ANZAHL PROBLEME		BEZIRKS-SPITAL	STADT-SPITAL
0 - 6 (0 - 33%)	Niedrige Problembelastung	45%	70%
7 - 13 (34 - 66%)	Mittlere Problembelastung	55%	30%
14 - 20 (67 - 100%)	Hohe Problembelastung	0%	0%

Das häufigste Problem für die Patienten im Stadtspital ist die Angst vor Schmerzen (P9: 43%) und der Komplex Abschied/Trauer/Verlust (P11: 43%). (Bei Gewichtung der Probleme mit Berücksichtigung des Unterschiedes zwischen "Problem" und "grossem Problem" steht P9 an erster Stelle.) Das häufigste Problem für die Patienten im Bezirksspital ist die schlecht Kommunikation mit den Angehörigen (P17: 50%). Dagegen rangiert dort die Angst vor Schmerzen (P9: 18%) weit hinten (Rang 18). In beiden Spitälern spielt die Frage der Schuld (P18: Im Leben vieles falsch gemacht) keine grosse Rolle (Stadtspital: 3%; Bezirksspital: 9%). Bei den mit der Interaktion der Patienten zusammenhängenden Problemen zeigt sich folgende Situation:

	BEZIRKSSPITAL	STADTSPITAL
P7 (Mühe mit Schwestern)	0%	3%
P4 (Von Umgebung gemieden)	27%	10%
P13 (Mit Arzt nicht reden können)	36%	23%
P17 (Mit Familie nicht reden können)	50%	17%

In der folgenden Graphik sind die Selbsteinschätzungen der beiden Patientengruppen noch einmal nach Rangordnungen nebeneinander gestellt.

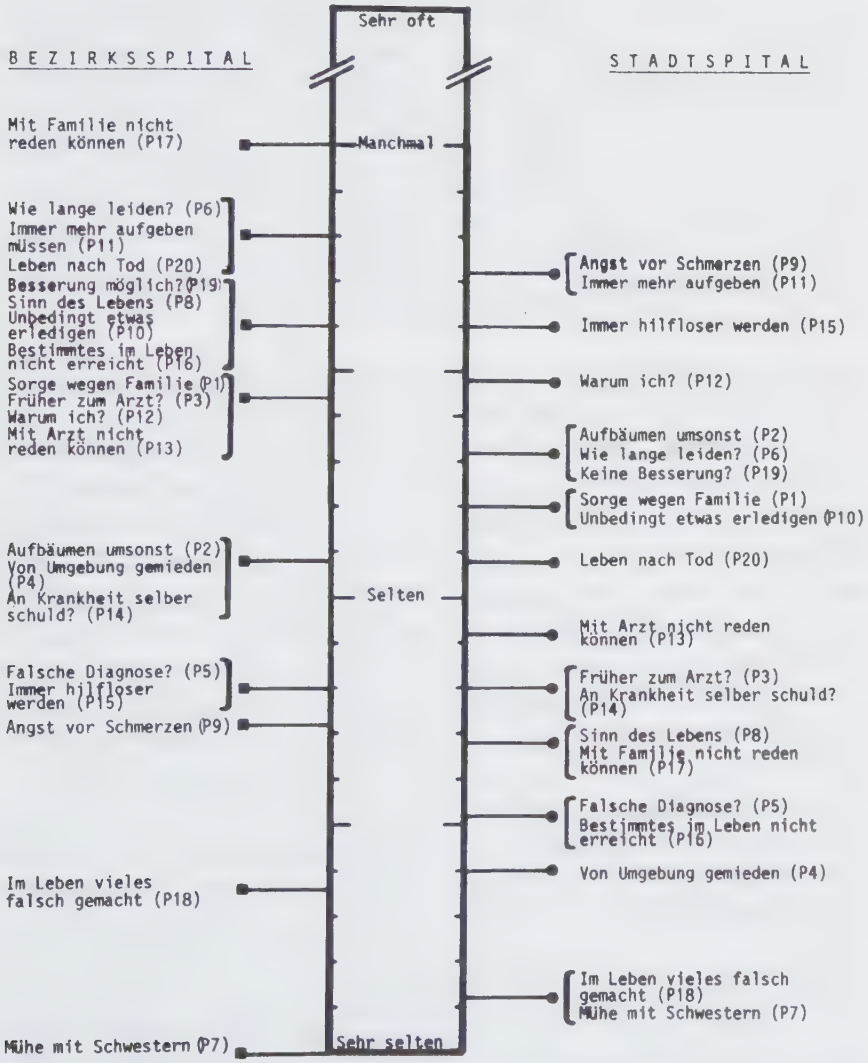


Abb. 11: Vergleich der Rangordnungen der 20 Probleme bei den Patienten des Stadtspitals und des Bezirksspitals

1.2 Diskussion

Das bereits bei der Diskussion über die Ergebnisse der schriftlichen Befragung entstandene Problem der Relation von Häufigkeit und Bedeutsamkeit (s.o. S. 136) stellt sich auch an dieser Stelle. Wenn die dort angestellte Überlegung richtig ist, wonach bei sterbenden Patienten eine Gleichsetzung von Häufigkeit und Bedeutsamkeit ihrer Probleme erlaubt ist, dann trifft sie auch hier zu. Zieht man folglich den bei beiden Stichproben möglichen Vergleich zwischen Quantität (Anzahl von Problemen überhaupt) und Qualität (Anzahl von Problemen in Relation zu grossen Problemen), zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse. Die im Stadtspital gemachte Beobachtung, wonach die qualitative Auswertung grosso modo die quantitative bestätigt, d.h. der Patient, der viele Probleme hat, in der Regel auch unter ihn stärker belastenden Problemen leidet, und umgekehrt der Patient, der sich kaum oder gar nicht von Sorgen geplagt sieht, seine Sorgen, wenn sie existieren, als nicht besonders stark empfindet, konnte im Bezirksspital nicht bestätigt werden. Ob diese Differenz zufällig zustande gekommen ist, lässt sich angesichts des Datenmaterials nicht entscheiden.

Die Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen sind gesamthaft gesehen mit einer Korrelation von .24 (Spearmans Rho) (= 6% Varianzaufklärung) recht gross. Man muss also tatsächlich von zwei verschiedenen, miteinander kaum Berührungspunkte habenden Stichproben ausgehen. Dass die Differenzen nur bei einem Problem (P17) signifikant sind, hängt mit den geringen Stichprobengrössen zusammen. Für die Patienten im Bezirksspital bedeutet die Tatsache des zu Ende gehenden Lebens im Rahmen der vorgegebenen 20 Probleme eine Belastung von 34%, d.h. die namhaft gemachten Sorgen machten ihnen zu einem Drittel der möglichen Höchstbelastung zu schaffen, während eine Belastung im Stadtspital nur einen Grad von 24% ausmacht.[1] - CASTLES & KEITH (1979) hatten festgestellt, dass 24% der von ihnen untersuchten Krebspatienten ohne jegliche Belastung waren, d.h. drei Viertel der Kranken Probleme hatten. (Bei den Patienten der vorliegenden Studie ergäbe sich im Bezirksspital eine Rate von 27% und im Stadtspital von 7% Kranken ohne Probleme.) Da die Autoren bei den übrigen Patienten nur das jeweils wichtigste Problem registrierten, ist die Vergleichbarkeit mit unserer Studie nur teilweise gegeben.

---

1) Genau genommen bedürfte diese Aussage der Verankerung an einem durchschnittlichen Belastungsgrad von nicht-sterbenden Menschen, um tatsächlich aussagekräftig zu sein. Das würde jedoch eine Umformulierung oder gar Neubestimmung der Probleme bedeuten, was wiederum die Vergleichbarkeit gefährden würde. Immerhin könnten sich dadurch einige Anhaltspunkte ergeben. Möglicherweise kann hier auch die Life-Event-Forschung mit ihrer Hierarchie von belastenden Lebensereignissen von Nutzen sein (vgl. z.B. FILIPP 1981).

Die Belastung der Patienten liegt in beiden Spitälern entgegen den Erwartungen ungewöhnlich tief (vgl. die indirekte Aussage von Hypothese 7, S. 79). Besonders nach den Aussagen der Todkranken im Stadtspital muss man davon ausgehen, dass der bevorstehende Tod den Patienten nur relativ geringe bzw. wenige Sorgen bereitet, es sei denn, man würde annehmen, dass die ihnen zu schaffen machenden Probleme zum grössten Teil ausserhalb der erfragten Themen des Problemkatalogs liegen, wofür aber keine Anzeichen in den mit ihnen geführten Interviews vorhanden sind. Nach dem Selbstbild sterbender Patienten bedeutet der zu erwartende Tod also keine grosse Belastung und bringt der Sterbeprozess für sie keine zahlreichen Sorgen mit sich. Wie dieses überraschende Ergebnis zu verstehen ist, soll weiter unten im Zusammenhang mit den Resultaten aus der schriftlichen Umfrage erörtert werden.

Ein erstaunliches Ergebnis bedeutet es auch, dass bei den Patienten des Bezirksspitals die schlechte Kommunikation mit der Familie (P17) eine so grosse und die Angst vor Schmerzen (P9) eine so geringe Rolle spielt, während es bei den Patienten aus dem Stadtspital genau umgekehrt ist. Überhaupt nimmt die Frage der Interaktion mit der sozialen Umgebung im Bezirksspital einen hohen Stellenwert ein (Faktor 3 = 32% im Vergleich zu 13% im Stadtspital), was angesichts der überschaubaren Verhältnisse in dem kleinen Bezirkskrankenhaus einigermassen überrascht. Auch die Sorge, immer hilfloser zu werden (P15), die sich im Stadtspital unter den vorrangigsten Problemen findet, kommt im Bezirksspital erst weiter hinten in der Bedeutungsskala vor. Dafür macht vielen dort die Frage zu schaffen, was nach dem Tod sein wird (P20).

Was die Gewichtung der Probleme nach übergreifenden Gesichtspunkten angeht, unterstützt die Literatur eher die Ergebnisse im Stadtspital. In der oben erwähnten Studie von CASTLES & KEITH rangierten die physischen Beeinträchtigungen, die mit den Problemen des Faktors Resignation z.T. vergleichbar sind, mit 30% durchschnittlicher Belastung an erster Stelle (unter ihnen die Frage der Schmerzen an der Spitze), gefolgt von psychischen Problemen, z.B. der Frage der Ungewissheit über den Ausgang der Krankheit (24%). Auch hier standen Fragen der Interaktion an letzter Stelle der Dringlichkeit (21%). Nach ENGELKE (1980) steht das aktuelle Krankheitserleben (Schmerzen,

körperliche Beschwerden, Behinderungen) ganz im Vordergrund des todkranken Patienten. Auch in seiner Studie rangierte das Problem der Interaktion (Konflikt mit der Umwelt) mit 39% deutlich hinter anderen Sorgen (Konflikt mit sich selbst: 67%, Konflikt mit religiösen Themen: 45%). Genauso fanden MORRIS et al. (1986), dass das Problem von Kommunikation und Interaktion (soziale Isolation) die relativ geringste Sorge der Patienten war, während die Frage der Hilflosigkeit ihnen am meisten Mühe machte. Vielleicht könnte man bei dem in ihrer Untersuchung vom Belastungsgrad her einen mittleren Rang einnehmenden Komplex der Verarbeitung des bevorstehendes Todes eine gewisse Überlappung mit dem Faktor Zweifel sehen, was eine weitere Parallele zu den Beurteilungen der Patienten des Stadtspitals wäre. Dass sich sterbende Patienten im Unterschied zu schwerkranken, aber nicht moribunden Patienten in ihren Kontakten häufiger als Empfänger und weniger als aktive Förderer von Interaktionen zeigten, wie VINEY & WESTBROOK (1986/87) herausfanden, ist eine über die vorliegende Untersuchung hinausgehende Differenzierung, die jedoch plausibel erscheint und sich mit den Aussagen beider Patientengruppen wie auch mit denen der schriftlich Befragten vereinbaren lässt. Auch nach WEST et al. (1986), deren Befragung sich allerdings mit Patienten beschäftigte, die ihren Sterbeprozess zu Hause erlebten, steht das Problem der Schmerzen an oberster Stelle der Sorgen. Dass bei solchen Kranken die Frage der Isolierung weniger oder gar nicht auftauchte, ist nicht überraschend. Man muss folglich zu dem Schluss kommen, dass die Selbstbeurteilung der Patienten im Stadtspital - wenn nicht in absoluter, so doch in relativer Hinsicht - den bisher bekannten Ergebnissen aus der Literatur mehr oder weniger entspricht, während die Aussagen der Patienten des Bezirksspitals deutlich aus dem Rahmen fallen.

Ob sich die Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen auf die unterschiedliche Spitalart, den unterschiedlichen Wohnort (Land- vs. Stadtbevölkerung), die unterschiedlichen Länder (Schweiz vs. Bundesrepublik Deutschland) oder die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente (Selbstbeurteilung durch Q-Sort vs. Fremdbeurteilung nach Interview) oder auf noch andere Einflüsse zurückführen lassen, ist mit einiger Sicherheit angesichts der geringen Grösse beider Gruppen kaum zu entscheiden. Immerhin gibt es bestimmte Vermutungen,

die plausibel sind und über ein blosses Konstatieren der Unterschiede hinausgehen. Wegen des Zusammenhanges mit den Aussagen der schriftlich befragten Ärzte, Schwestern und Pfarrer sollen sie weiter unten angesprochen werden (s.u. S. 244ff.).

2. VERGLEICH ZWISCHEN PATIENTEN UND BEZUGSPERSONEN

2.1 Vergleich

Um die Selbstaussagen der Patienten und die Fremdbeurteilungen der schriftlich befragten Bezugspersonen miteinander vergleichen zu können, ist es notwendig, die beiden Skalen aufeinander abzustimmen. Dazu werden die Patienten-Werte (Bereich 0.00 - 1.00) auf den Wertebereich der Bezugspersonen (1.00 - 5.00) transformiert.

Im Unterschied zu den Ansichten der Patienten, die in je einer Stichprobe vorliegen (Bezirks- und Stadtspital), ist die Stichprobe der schriftlichen Umfrage, will man nicht einfach die Gesamtgruppe nehmen, in verschiedene Teil- und Untergruppen gegliedert. Dadurch entsteht die Frage, mit welcher dieser Gruppen die Selbstaussagen der Patienten verglichen werden sollen. Hier bietet sich vor allem die Kerngruppe aller Befragten an, da die Untersuchung besonders die zu dieser Gruppe gehörenden, d.h. regelmässig mit Sterbenden in Berührung kommenden Schwestern, Pfarrer und Ärzte im Visier hatte. Das Diagramm auf der nächsten Seite vergleicht diese Gruppe mit den Patienten im Bezirksspital und im Stadtspital.

Das Diagramm zeigt, dass die Problemwerte der Patientengruppen deutlich und durchgehend tiefer liegen als die Werte der Bezugspersonen.

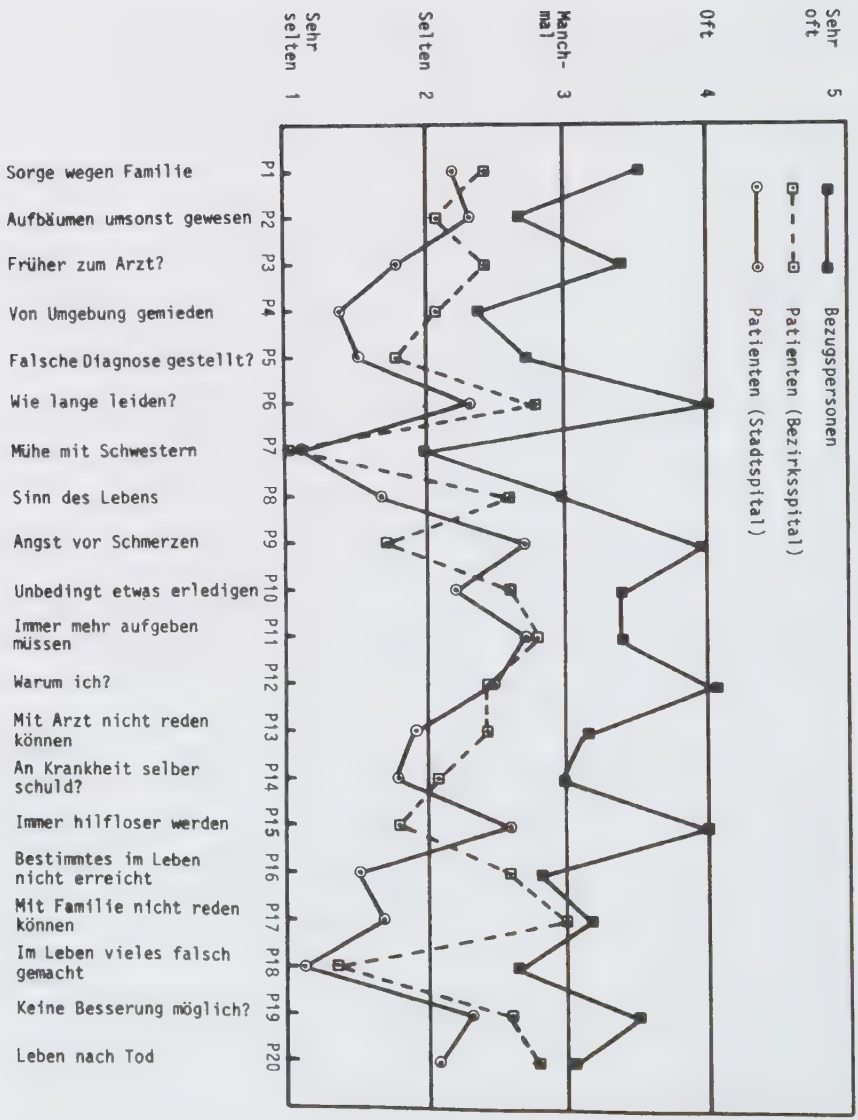


Abb. 12: Verteilung der Mittelwerte der Bezugspersonen (Kern) (N=456), der Patienten des Bezirksspitals (N=11) und der Patienten des Stadtspitals (N=30) bei den 20 Problemen

Der Vergleich zwischen den drei Gruppen zeigt im einzelnen:

	N	GPB $\bar{x}$	GPB %	GPB s	F1	F2	F3	Min	Max
BEZUGSPERSONEN	456	3.22	56	0.48	3.51	3.33	2.66	1.99	4.06
PATIENTEN									
- Bezirksspital	11	2.36	34	2.16	2.28	2.32	2.28	1.00	3.00
- Stadtspital	30	1.96	24	1.60	2.20	2.00	1.52	1.12	2.72

Tab. 47: Anzahl Vpn, Mittelwerte (absolut und prozentual) und Standardabweichungen des Gesamt-Problemwertes, Mittelwerte der 3 Faktoren sowie Minimum/Maximum-Werte der 20 Probleme bei den Bezugspersonen (Kern) und den Patienten des Bezirks- und des Stadtspitals

Der Unterschied zwischen der Gruppe der Bezugspersonen und den beiden Gruppen der Patienten beträgt 22% bzw. 32%, d.h. der Gesamt-Problemwert der schriftlich Befragten ist im Durchschnitt etwa doppelt so hoch wie der der Patienten. (Die GPB-Werte täuschen, sodern man sich nicht klar macht, dass die Skala nicht bei 0, sondern bei 1.0 beginnt.) Ausserdem zeigt sich, dass die Kurve der Patienten aus dem Stadtspital der Kurve der Bezugspersonen stärker angeglichen ist als die Kurve der Patienten aus dem Bezirksspital. In Korrelationswerten ausgedrückt bedeutet dies:

	SPEARMANS RHO	VARIANZ-AUFKLÄRUNG	PEARSONS R	VARIANZ-AUFKLÄRUNG
Patienten (Bezirksspital) - Bezugspersonen	.36	13%	.43	18%
Patienten (Stadtspital) - Bezugspersonen	.82	67%	.82	67%
Patienten (Bezirksspital) - Patienten (Stadtspital)	.24	6%	.38	14%

Zum Vergleich sei der Korrelationswert (Spearmans Rho) zwischen den Patienten im Bezirksspital und ihren direkten Bezugspersonen angegeben: .46 (= 21% Varianzaufklärung). Offensichtlich spielt gegenüber dieser Patientengruppe die persönliche Kenntnis der Patienten doch eine gewisse, sich positiv auswirkende Rolle.

Dass bei den Faktoren das Thema Resignation (F1) an erster Stelle steht und der Faktor Interaktion (F3) den geringsten Stellenwert einnimmt, findet sich übereinstimmend bei den Patienten im Stadtspital und den schriftlich befragten Pfarrern, Ärzten und Schwestern (sowohl in der Kerngruppe wie auch in fast allen anderen Teil- und Untergruppen). Hier bildet das Bezirksspital mit seinen hohen Werten bei Zweifel (F2) und Interaktion (F3) eine Ausnahme.

Im folgenden werden die häufigsten und seltensten Probleme nebeneinander gestellt:

BEZUGSPERSONEN (KERNGRUPPE)	PATIENTEN (BEZIRKSSPITAL)	PATIENTEN (STADTSPITAL)
Die häufigsten Probleme		
P12 (Warum ich?) (4.06)	P17 (Mit Familie nicht reden können) (3.00)	P9 (Angst vor Schmerzen) (2.72)
P6 (Wie lange leiden?) (4.02)	P20 (Leben nach Tod) (2.80)	P11 (Immer mehr aufgeben müssen) (2.72)
P15 (Immer hilfloser werden) (4.00)	P6 (Wie lange leiden?) (2.80)	P15 (Immer hilfloser werden) (2.60)
P9 (Angst vor Schmerzen) (3.96)	P11 (Immer mehr aufgeben müssen) (2.80)	P12 (Warum ich?) (2.48)
Die seltensten Probleme		
P2 (Aufbäumen umsonst gewesen) (2.68)	P5 (Falsche Diagnose gestellt?) (1.80)	P5 (Falsche Diagnose gestellt?) (1.52)
P18 (Im Leben vieles falsch gemacht) (2.65)	P9 (Angst vor Schmerzen) (1.72)	P4 (Von Umgebung gemieden) (1.40)
P4 (Von Umgebung gemieden) (2.38)	P18 (Im Leben vieles falsch gemacht) (1.36)	P18 (Im Leben vieles falsch gemacht) (1.12)
P7 (Mühe mit Schwestern) (1.99)	P7 (Mühe mit Schwestern) (1.00)	P7 (Mühe mit Schwestern) (1.12)

Die Aufstellung zeigt, dass zwischen Patienten und Bezugspersonen am meisten darin Übereinstimmung besteht, welche Probleme keine Rolle spielen. Dies ist am deutlichsten bei der Sorge, mit den Schwestern nicht zurecht zu kommen (P7), der Fall, die in beiden Patientengruppen und bei der schriftlichen Umfrage (übrigens quer durch alle Untergruppen) immer an letzter Stelle genannt

wird. Von diesem Problem kann man folglich sagen, dass es nach Meinung aller Betroffenen in der Praxis kaum existent ist. Dies kann ebenfalls, wenn auch mit geringerer Eindeutigkeit, von dem rückblickenden Bedauern gesagt werden, im Leben vieles falsch gemacht zu haben (P18). Auch hier schätzen die Bezugspersonen die Patienten sehr treffend ein. Das von den befragten Ärzten, Pfarrern und Schwestern am häufigsten gesehene Problem, die Warum-Frage (P12), steht im Stadtspital zwar mit dem 4. Rang relativ weit oben, kommt aber im Bezirksspital erst an 10.5 Stelle. Von den nächsten drei häufigsten Problemen aus der Sicht der Bezugspersonen weist nur die Frage nach der Dauer des Leidens (P6) mit den Rangplätzen 2, 3 und 6 eine relative Ähnlichkeit mit den Patientengruppen auf. Insgesamt aber ist die Übereinstimmung zwischen den Patienten im Stadtspital und den Bezugspersonen, wie der Rho-Wert gezeigt hat, sehr hoch.

Bei der Gegenüberstellung der Ansichten von Patienten und Bezugspersonen stellt sich grundsätzlich die Frage nach dem besten Vergleichswert. Was die Gesamt-Problematik angeht, kommen hier nur zwei Werte in Frage: der Durchschnittswert aller 20 Probleme (GPB) und das Mass des Zusammenhanges zwischen den Rangreihen (Spearmans Rho bzw. Pearsons R). Wie sich zeigen wird, korrespondieren diese beiden Werte nicht miteinander. Zum Beispiel kann nicht festgestellt werden, dass die Gruppe bzw. Untergruppe der schriftlich Befragten, die den höchsten GPB-Wert hat, auch die höchste Korrelation mit den Patienten aufweist. Das gleiche trifft für die niedrigsten GPB-Werte zu, d.h. es lässt sich anhand dieser beiden Werte kein regelhafter Zusammenhang erkennen.

Wollte man den GPB-Wert als Richtmass nehmen, müsste man zweifellos - unabhängig vom Korrelationswert - formulieren: Je tiefer der Wert bei den Bezugspersonen, desto näher sind sie bei der Problematik, wie sie von den Patienten selbst empfunden wird. Nach den drei Berufsgruppen aufgeteilt würde sich folgendes ergeben:

BEZIRKS-SPITAL	STADT-SPITAL	ÄRZTE (GESAMT)	SCHWESTERN (GESAMT)	PFARRER (GESAMT)	ÄRZTE (KERN)	SCHWESTERN (KERN)	PFARRER (KERN)
2.36	1.96	3.12	3.36	3.07	3.10	3.36	3.10

Demnach läge die Gesamtgruppe der Pfarrer am nächsten bei den Aussagen der Patienten, weil sie die geringste Differenz zum GPS-Wert der beiden Patientengruppen aufweist.

Vergleicht man anhand der Korrelationsmasse, ergibt sich ein etwas anderes Bild:

	ÄRZTE (GESAMT)	SCHWESTERN (GESAMT)	PFARRER (GESAMT)	ÄRZTE (KERN)	SCHWESTERN (KERN)	PFARRER (KERN)
BEZIRKSSPITAL						
- Spearmans Rho	.30	.31	.34	.30	.31	.33
- Pearsons R	.41	.44	.43	.41	.42	.46
STADTSPITAL						
- Spearmans Rho	.79	.81	.73	.78	.80	.75
- Pearsons R	.81	.82	.77	.80	.82	.78

Tab. 48: Rang- und Masskorrelationen zwischen den 3 Berufsgruppen (Gesamt und Kern) und den Patienten des Bezirksspitals und des Stadtspitals

In bezug auf die Patienten im Stadtspital liegen die höchsten Korrelationen bei den Schwestern-gruppen, während es bezüglich der Patienten aus dem Bezirksspital die Pfarrer sind.

Von den beiden genannten Vergleichswerten ist der Korrelationswert in diesem Fall der wichtigere Wert, da er die Information, die in den 20 Einzelwerten liegt, weniger nivelliert als der Gesamt-Problemwert. Im Folgenden soll die Vergleichbarkeit bzw. das Mass der Übereinstimmung zwischen Patienten und Bezugspersonen deshalb anhand der Rangkorrelation (Spearmans Rho) - als des bei der vorliegenden Datenstruktur angemessenerer Korrelationswertes - sichtbar gemacht werden.

III Vergleich zwischen Bezugspersonen und Patienten des Stadtspitals

Generell muss festgestellt werden, dass die Korrelationen zwischen diesen Patienten und den Bezugspersonen über sämtliche Untergruppen sehr hoch

sind (Maximum: .90, Minimum: .52) (vgl. dazu im Anhang D 6 die Tabellen der Untergruppen mit den höchsten und den niedrigsten Korrelationswerten). Das bedeutet, dass die befragten Ärzte, Schwestern und Pfarrer, was die Rangfolge der Probleme angeht, gut bis sehr gut über das Bescheid wissen, was ihre Patienten bewegt.

Die Aufgliederung der Gesamtgruppe der Bezugspersonen in Untergruppen[1)] ermöglicht es, nach dem Einfluss der soziographischen Variablen auf die sich im Korrelationsmass äussernde Kenntnis der Probleme sterbender Patienten zu fragen. Dabei könnte man zwischen Variablen bzw. Untergruppen, die sich in hohen Korrelationen, und solchen, die sich in - relativ - niedrigen Korrelationen mit den Patienten auswirken, unterscheiden (vgl. die beiden folgenden Tabellen).

VARIABLEN (UNTERGRUPPEN), DIE SICH IN HOHEN KORRELATIONEN MIT PATIENTEN-WERTEN AUSWIRKEN (SPEARMANS RHO ≧ .83) (p ≦ 0.001)

VARIABLE (UNTERGRUPPE)	GRUPPE	RHO
21-35 Jahre	Gesamtgruppe	.83
Stadtspital	Gesamtgruppe	.83
	Schwestern (Gesamt)	.83
	Schwestern (Kern)	.83
Innere Medizin	Gesamtgruppe	.84
	Kerngruppe	.84
	Schwestern (Kern)	.83
Stationsschwester	Schwestern (Gesamt)	.84
Kontakt: mittel	Pfarrer (Kern)	.84
Kontakt: gering	Schwestern (Kern)	.90

Tab. 49: Gruppen der Bezugspersonen mit den höchsten Rangkorrelationen mit den Patienten des Stadtspitals nach soziographischen Variablen (Untergruppen) gegliedert

1) Die Gesamtstichprobe der Bezugspersonen (N=1005) lässt sich entsprechend den soziographischen Variablen in insgesamt 62 Untergruppen aufteilen, d.h. solche Gruppen, die pro Variable mindestens zwei Ausprägungen haben (z.B. Ärzte (Kerngruppe) - Untergruppe "Alter": 21-35 Jahre, 36-50 Jahre, 51-Jahre) (vgl. auch Anhang D 5/1ff.).

VARIABLEN (UNTERGRUPPEN), DIE SICH IN RELATIV NIEDRIGEN KORRELATIONEN MIT PATIENTEN-WERTEN AUSWIRKEN (SPEARMANS RHO ≦ 0.65) (p ≦ 0.01)

VARIABLE (UNTERGRUPPE)	GRUPPE	RHO
Männer	Pflegepersonal (Kern)	.61
Gynäkologie	Ärzte (Gesamt)	.62
	Ärzte (Kern)	.62
Übrige Abteilungen mit Sterbenden	Ärzte (Gesamt)	.58
	Ärzte (Kern)	.58
Anästhesie	Schwestern (Gesamt)	.65
Chefarzt	Ärzte (Rest)	.58
Ober- und Lt. Schwester	Schwestern (Kern)	.56
Kontakt: gering	Ärzte (Kern)	.52
Kontakt: hoch	Ärzte (Kern)	.64

Tab. 50: Gruppen der Bezugspersonen mit den niedrigsten Rangkorrelationen mit den Patienten des Stadtspitals nach soziographischen Variablen (Untergruppen) gegliedert

Obwohl zwischen den Untergruppen mit hohen Korrelationen und denen mit niedrigen deutliche Unterschiede bestehen, sind alle signifikant, die meisten auf dem 0.001%-Niveau.

(2) Vergleich zwischen Bezugspersonen und Patienten des Bezirksspitals

Wie bereits gesagt, liegen die Korrelationswerte hier bedeutend tiefer (Maximum: .42, Minimum: .05). In bezug auf den Einfluss der soziographischen Variablen auf die Bezugspersonen ergibt sich folgendes (vgl. Tab. 51 und Tab. 52 auf der nächsten Seite).

Die Rho-Werte der zweiten Tabelle - wie auch die Werte der meisten anderen (hier nicht wiedergegebenen) Untergruppen - sind nicht signifikant.

VARIABLEN (UNTERGRUPPEN), DIE SICH IN RELATIV HOHEN KORRELATIONEN MIT PATIENTEN-WERTEN AUSWIRKEN (SPEARMANS RHO ≥ .40) (p ≤ 0.05)

VARIABLE (UNTERGRUPPE)	GRUPPE	RHO
- 50 Jahre	Pfarrer (Gesamt)	.42
51- Jahre	Schwestern (Rest)	.40
Teilzeittätigkeit	Pfarrer (Kern)	.41
Übrige Abteilungen mit Sterbenden	Gesamtgruppe	.40

Tab. 51: Gruppen der Bezugspersonen mit den höchsten Rangkorrelationen mit den Patienten des Bezirksspitals nach soziographischen Variablen (Untergruppen) gegliedert

VARIABLEN (UNTERGRUPPEN), DIE SICH IN NIEDRIGEN KORRELATIONEN MIT PATIENTEN-WERTEN AUSWIRKEN (SPEARMANS RHO ≤ .15) (p ≥ 0.05)

VARIABLE (UNTERGRUPPE)	GRUPPE	RHO
51- Jahre	Pfarrer (Gesamt)	.09
	Pfarrer (Kern)	.05
Chefarzt	Ärzte (Rest)	.13
Anästhesie	Ärzte (Gesamt)	.15
	Schwestern (Gesamt)	.15
Kontakt: hoch	Ärzte (Rest)	.15

Tab. 52: Gruppen der Bezugspersonen mit den niedrigsten Rangkorrelationen mit den Patienten des Bezirksspitals nach soziographischen Variablen (Untergruppen) gegliedert

2.2 Diskussion

2.2.1 GRUNDSÄTZLICHE ÜBERLEGUNGEN

Bevor die Ergebnisse des Vergleichs diskutiert werden, soll noch einmal auf den grundsätzlichen Stellenwert der beiden hauptsächlichen Kennwerte der Untersuchung, den Gesamt-Problemwert und die Rangordnung der Probleme eingegangen werden.

Der Begriff Gesamt-Problemwert bzw. Gesamt-Problembewusstsein (GPB) bezieht sich auf die Belastung, wie sie sich in den 20 vorgegebenen Problemen zeigt. In Prozenten ausgedrückt reicht der Belastungsgrad eines Patienten von 0 bis 100. Dem entspricht eine Häufigkeit von "nie" (im Fragebogen: "sehr selten") bis "immer" ("sehr oft"). Ein Belastungsgrad von 100% würde demnach bedeuten, dass sich ein Todkranker während seines Sterbeprozesses die ganze Zeit von allen 20 Problemen belastet fühlt, anders ausgedrückt, dass er die in den 20 Themen angeschnittenen Sorgen zu keiner Zeit los wird. Man muss sich darüber im klaren sein, dass es sich hier um eine theoretische Vorstellung handelt, denn in der Praxis ist es kaum denkbar, dass ein Patient sich ständig so vieler Probleme bewusst ist. Es kann also nur gemeint sein, dass ein Sterbender alle Punkte als Problem bezeichnen würde, wenn er sich die Mühe machte, darüber nachzudenken, und zwar nicht vorübergehend, sondern ständig. Umgekehrt würde ein Gesamt-Problemwert von 0% besagen, dass ein Patient während seiner ganzen Sterbezeit nicht auch nur von einem der genannten Probleme belastet wäre.

So verständlich und eindeutig diese beiden Extrempositionen sind, so schwierig und vielfältig sind die dazwischen liegenden Graduierungen zu verstehen. Nehmen wir als Beispiel einen Gesamt-Problemwert von 25%. Dies kann bedeuten, dass sich ein Patient in 25% seiner Sterbezeit, d.h. jeden 4. Tag, von allen 20 Problemen belastet fühlt oder dass er sich die ganze Zeit, also jeden Tag, von einem Viertel aller Probleme, d.h. von fünf Problemen, angegangen fühlt, wobei nicht gesagt sein muss, dass es sich immer um die gleichen Probleme handelt. Zwischen diesen beiden Varianten sind eine ganze Reihe von anderen Möglichkeiten denkbar, die insgesamt einen Prozentsatz von 25 ergeben, immer bezogen auf die denkbar höchste Belastung durch die ständige Wirkung aller Probleme.

Diese Überlegungen zeigen, wie leicht es ist, sich hier in theoretischen Rechenbeispielen zu verlieren. Tatsächlich geht es ja um eine sehr belastende und schmerzliche Wirklichkeit, die letztlich nicht in Zahlen fassbar ist. Sich diese Wirklichkeit anhand von Zahlenwerten klar zu machen, ist aber dann nicht sinnlos, wenn man sich nicht dazu verleiten lässt, zu sehr ins Detail zu gehen und statt dessen auf die deutlich sichtbaren Unterschiede zu achten. Dann zeigt sich, dass es nicht gleichgültig ist, ob ein Patient einen Gesamt-Problemwert von 25% oder 50% hat. Der Sterbende, der sich mit dem Wert 50 einordnet, leidet doppelt so stark oder doppelt so oft darunter, dass sein Leben dem Ende entgegengeht, als der Patient mit einem Wert von 25. Für letzteren Patienten gibt es durchaus einige Probleme, andererseits kann er ohne Mühe über viele Dinge reden, weil er sie geordnet hat oder

sonstwie als unproblematisch empfindet. Für den anderen dagegen gibt es viel weniger entlastende Punkte: bei jedem zweiten Gedanken, der sich auf ihn selbst oder seine Umgebung bezieht, muss er sich sagen: 'Das macht mir Sorgen. Davor habe ich Angst. Wenn ich doch nur eine Lösung finden würde!'

Neben der Unterscheidung der Patienten nach Belastungsgraden ist die Frage wichtig, wo sich zwischen den angegebenen Problemen Unterschiede zeigen. Welche Probleme kommen bei sterbenden Patienten sehr oft, welche weniger oft, welche selten oder nie vor? Obwohl es sich auch hier um die Erfassung von letztlich nicht messbaren Grössen handelt, ist an dieser Stelle leichter verständlich, was mit den Zahlenwerten gemeint ist. Ein Problem, das einen Wert von 45% hat, kommt in der Regel dreimal so oft vor wie ein Problem mit dem Wert 15%. Eine Sorge, die einen Grad von 50% erreicht, ist im Durchschnitt bei jedem zweiten Patienten zu erwarten. Und ein Problemwert von 100% sagt aus, dass dieses Problem bei jedem Patienten während seines Sterbeprozesses auftaucht, d.h. es für keinen Patienten während seiner Erkrankung nicht irgendwann einmal als Sorge vorkommt.

2.2.2 ERÖRTERUNG WICHTIGER ERGEBNISSE

Im Vergleich zwischen Bezugspersonen und Patienten springen zwei Ergebnisse ins Auge:

(1) Die grosse Diskrepanz in der Gewichtung der Probleme zwischen den beiden Patientengruppen einerseits und den Bezugspersonen andererseits (vgl. dazu Abb. 13 auf der folgenden Seite). (Dieser Unterschied ist zwischen den Patienten des Bezirksspitals und den Bezugspersonen deutlicher als zwischen den Bezugspersonen und den Patienten des Stadtspitals.)

(2) Die hohe Übereinstimmung in bezug auf die Rangfolge der Probleme zwischen den Bezugspersonen und den Patienten des Stadtspitals (vgl. dazu die weitgehend parallel verlaufenden Kurven in Abb. 13). Dem steht die geringe Übereinstimmung zwischen den beiden Patientengruppen bzw. zwischen den Bezugspersonen und den Patienten des Bezirksspitals gegenüber.

Aus der Sicht der Bezugspersonen wäre daraus zu folgern, dass die im Spital tätigen Ärzte, Schwestern und Pfarrer, nimmt man die Patienten des Stadtspitals als Bezugsgrösse, recht gut wissen, was für Todkranke ein grösseres oder kleineres, häufigeres oder selteneres Problen ist, sie andererseits deren absolute Bedeutung stark überschätzen. Nimmt man dagegen die Aussagen

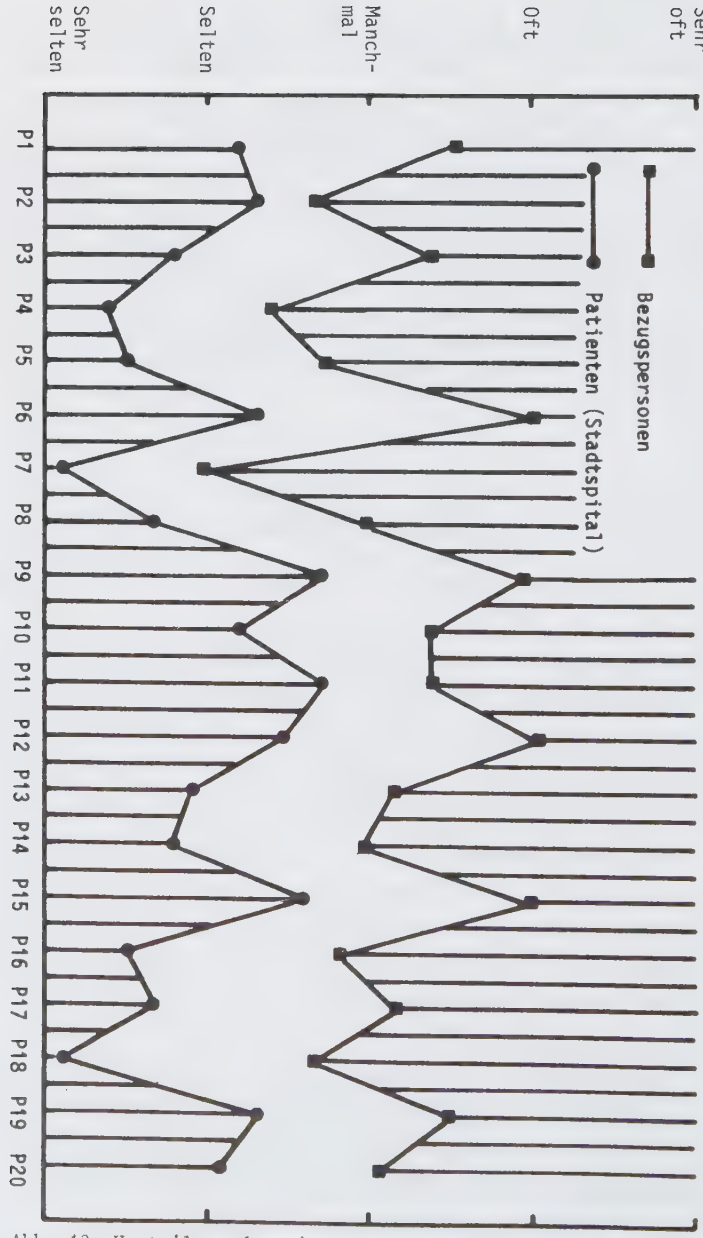


Abb. 13: Verteilung der Mittelwerte der 20 Patienten des Stadtspitals und der Kerngruppe der Bezugspersonen bei den 20 Problemen

der Patienten des Bezirksspitals als Richtmass, würde sich herausstellen, dass die Bezugspersonen über die Gesamtbelastung der Patienten besser Bescheid wissen (wenn auch immer noch eine deutlich unterschiedliche Einschätzung vorliegt), sie aber über die Bedeutung der einzelnen Probleme schlecht orientiert sind.

Der Vergleich zwischen Patienten und Bezugspersonen[1] in bezug auf die Gesamtbelastung

Um den Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen einerseits und den Bezugspersonen andererseits zu erklären, kommt sowohl eine Überschätzung wie Unterschätzung der Problembelastung in Frage. Es könnte (1) eine Überschätzung der Belastung der Todkranken durch die befragten Schwestern, Ärzte und Pfarrer vorliegen.[2] Diese Fehleinschätzung könnte mit dem Gewicht zu tun haben, das die Diskussion über Tod und Sterben, speziell über den Tod im Spital, in den letzten Jahren gewonnen hat. Zu dieser - nicht nur in der Fachliteratur ausgetragenen - Erörterung gehörte auch der Vorwurf, dass die Probleme sterbender Patienten in vielen Spitälern nicht ernst genug bzw. gar nicht wahrgenommen werden, und dass sich Ärzte und Schwestern zu wenig auf die Bedürfnisse der Sterbenden einstellen.

Zweifellos hat diese Diskussion Wirkung gezeigt. Aus eigener Anschauung in Spitälern, aber auch aus Diskussionen in Krankenpflegeschulen und anderen Ausbildungsstätten über die letzten Jahre, weiss ich, dass bei vielen Bezugs-

---

1) Da die Aussagen der schriftlich befragten drei Berufsgruppen sehr dicht beieinander liegen, soll im folgenden nicht zwischen ihnen unterschieden werden. Ohne zusätzliche Angaben ist jeweils die Kerngruppe der Befragten gemeint.

2) Zum gleichen Ergebnis kamen JENNINGS & MUHLENKAMP (1981). Die von ihnen befragten Schwestern und Ärzte schätzten die Problematik ihrer Patienten bezüglich Angst, Wut und Depression signifikant höher ein als die Patienten selbst. Dass sich die Ärzte in ihrem Verhalten bei Gesprächen über Diagnose und Prognose unheilbarer Krankheiten selber positiver beurteilten, als sie von den Kranken gesehen wurden, wie REIMER & KURTHEN (1985) festgestellt haben, ist ein Detailergebnis, das der oben beschriebenen Tendenz nicht widersprechen muss, von den vorliegenden Daten aber nicht unterstützt wird.

personen Sterbender eine Sensibilisierung für die Thematik stattgefunden hat. Wie bei vielen anderen "Lernprozessen" könnte es auch an dieser Stelle einen gewissen Überschwang gegeben haben, der eine Überschätzung der neu gewonnenen Wahrnehmungen und Einsichten zur Folge gehabt hätte. (Klassisches Beispiel hierfür ist die Phasentheorie von KÜBLER-ROSS, die eine Zeit lang und z.T. auch heute noch bei vielen Spitalpersonen, aber auch bei zahlreichen Laien, eine Art Monopolstellung für alles Erklärenswerte im Umkreis von Tod und Sterben einnahm und in seiner Bedeutung weit überschätzt wurde.) Daneben liesse sich vorstellen, dass die befragten Bezugspersonen, vor allem die Ärzte, die Notwendigkeit verstärkter Zuwendung zum sterbenden Patienten sehen, wegen ihrer generellen Arbeitsüberlastung aber nicht dazu kommen, was sich - via Schuldgefühle - in einer besonders hohen Einschätzung der Problemsituation des Todkranken niederschlägt. Abgesehen von diesen Motivationen ist auch die von WRIGHT (1960) entworfene, in die gleiche Richtung gehende Theorie als Erklärung des beobachteten Unterschiedes denkbar, wonach Bezugspersonen kranker Menschen um ihres Selbstwertgefühles willen darauf bedacht sind, zwischen sich und den von ihnen Betreuten einen Wertunterschied zu sehen. Schwestern, Pfarrer und Ärzte würden dann sozusagen unter einem Zwang stehen, die Probleme sterbender Patienten als möglichst zahlreich oder gravierend einzuschätzen, weil sie sich auf diese Weise ihres Abstandes zu ihnen, d.h. ihrer eigenen Gesundheit und Vitalität, versichern könnten.

Zum anderen (2) könnte eine Überschätzung der eigenen Probleme durch die Patienten als Grund für die "Lücke" zwischen ihnen und ihren Bezugspersonen angenommen werden.[1] Denkbar wäre z.B., dass Patienten der Meinung sind, sie sollten ihre Sorgen lieber zu gering als zu gross darstellen. Eine solche Haltung hätte in unserer Gesellschaft immerhin einen gewissen sozialen Wert. Gilt es doch in der Regel als wichtig, z.B. in Familie und Berufsleben,

---

1) Es sei denn, man ginge davon aus, dass die Patienten in jedem Fall am besten über sich Bescheid wissen, und zwar nicht nur sich selbst gegenüber (intrapsychisch), sondern auch in ihrer Kommunikation und ihrem Verhalten in bezug auf andere (interpersonal). Diese Annahme hätte dann einen Sinn, wenn man auch in allen anderen Fällen, in denen Selbst- und Fremdbeurteilungen eine Rolle spielen, z.B. in der Psychotherapie oder bei Arbeitsbewertungen, davon ausginge, dass der sich selbst beurteilende Mensch mehr Recht hat als der über ihn urteilende Dritte, was sicher nicht der Fall ist.

ohne allzu grosse Schwierigkeiten zu "funktionieren", bzw. umgekehrt als unangemessen, andere mit persönlichen Sorgen zu belästigen. Dann würde auch für Todkranke stimmen, dass "man" möglichst keine Probleme hat oder zumindest nicht darüber spricht, wobei hinzuzufügen ist, dass ein solcher Einfluss an dieser Stelle besonders verständlich ist, da kaum ein anderer Mensch so auf das Wohlwollen seiner sozialen Umgebung angewiesen ist wie der Sterbende. Kommt es doch gar nicht so selten vor, dass Patienten ihr Wissen um die Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung scheinbar wieder vergessen, weil sie merken, dass sie ihre Angehörigen dadurch in Verlegenheit bringen (GLASER & STRAUSS (1974): Kontext wechselseitiger Täuschung).

Der in Rede stehende Sachverhalt ist in der Literatur als Verleugnung, Verdrängung, Verneinung oder Nicht-wahr-haben-Wollen ausführlich erörtert worden (vgl. den entsprechenden Abschnitt im Kapitel über "verleugnende Patienten" S. 204ff.).[1] Es gibt offensichtlich im Menschen eine Tendenz, Unangenehmes und Schmerzliches zunächst einmal zurückzuweisen und so zu tun, als sei es nicht existent. Dieser Vorgang kann sich vollkommen unbewusst vollziehen. So ist z.B. aus einer Reihe von Untersuchungen bekannt (vgl. z.B. WEISMAN & WORDEN 1967/77[2]), dass ein relativ grosser Prozentsatz von todkranken Patienten, die über ihre Diagnose voll aufgeklärt wurden, wenige Tage später - subjektiv ganz ehrlich - behaupteten, sie wüssten über ihren Zustand nicht Bescheid. Bezogen auf die beiden Patienten-Stichproben würde dies bedeuten, dass es den Patienten aus dieser Abwehrreaktion heraus nicht möglich war zuzugeben, dass die vorliegenden Probleme tatsächlich für sie von grosser Bedeutung waren. (Diese Hypothese wird durch die Beobachtung gestützt, wie sie von mir, aber auch von der befragenden Medizinerin im Stadtspital, gemacht wurde, dass gerade solche Patienten Mühe hatten, zu ihren Sorgen zu stehen, denen Angst und Verzweiflung besonders deutlich im Gesicht geschrieben stand.)

---

1) Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, dass es sich dabei tatsächlich um Verleugnung und nicht, wie im erwähnten Kapitel beschrieben, um scheinbare Verleugnung aufgrund von Kommunikationsstörungen handelt.

2) Weisman, A.D. & Worden, W.J.: The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. International Journal of Psychiatry in Medicine, 1976/77, 7, 1-15 (zit. n. MEERWEIN 1981b, S. 119)

Eine Entscheidung darüber, ob die festgestellte Divergenz zwischen Patienten und Bezugspersonen in der Einschätzung der Gesamtbelastung eher dem Konto Überschätzung oder Unterschätzung anzulasten ist, lässt sich aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht fällen. Vermutlich haben beide Tendenzen eine Rolle gespielt, so dass der wahre Wert zwischen der Einstufung der Bezugspersonen und der der Patienten liegen dürfte, d.h. zwischen 56% und 34% möglicher Belastung, wenn man den Gesamt-Problemwert der Patienten des Bezirksspitals - aus Gründen, über die im folgenden Abschnitt gesprochen wird - als den zuverlässigeren der beiden Patientenwerte ansehen kann.

Der Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen in bezug auf die Gesamtbelastung

Vergleicht man die Aussagen der beiden Patienten-Stichproben miteinander, zeigt sich, dass die Patienten des Bezirksspitals mit 34% eine um etwa ein Drittel höhere Gesamtbelastung als die Patienten des Stadtspitals (24%) angeben. Der Unterschied zwischen den Todkranken des Bezirksspitals und den Bezugspersonen (56%) ist also um einiges geringer als der zwischen Bezugspersonen und Patienten des Stadtspitals. Man könnte nun fragen, ob diese Diskrepanz damit zu tun hat, dass die Kranken des Bezirksspitals einem geringeren Verleugnungs- oder Verharmlosungsprozess unterlegen sind.

Eine solche Annahme würde sich kaum auf Faktoren stützen können, die allein mit den Patienten zu tun haben, wie z.B. soziale Variablen (Alter, Geschlecht usw.) oder psychische Einflüsse (etwa emotionale Stabilität, Introversion/Extraversion). Vielmehr drängt sich einerseits die unterschiedliche Interaktion zwischen Patienten und befragendem Forscher als Varianzquelle auf. Während die Patienten im Stadtspital mit der Thematik des bevorstehenden Todes, sieht man von gelegentlichen und mehr indirekten Berührungspunkten bei den Visiten ab, von der sie befragenden Bezugsperson nur einmal während des etwa einstündigen Interviews intensiv konfrontiert wurden, gingen der Beurteilungssituation bei den Patienten im Bezirksspital immerhin durchschnittlich drei Gespräche über einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen voraus. Diese Kranken hatten also Gelegenheit, sich mit der Thematik

intensiver und über einen längeren Zeitraum zu beschäftigen. Zusätzlich könnte die unterschiedliche Beurteilungsmethode zu grösserer oder weniger grosser Offenheit in bezug auf die eigenen Probleme Anlass gegeben haben. Beim Q-Sort-Verfahren im Bezirksspital wurde der Patient mit sich alleingelassen. Es könnte ihm dadurch leichter gefallen sein, "ehrliche" Antworten zu geben, als es in der Situation im Stadtspital möglich war, wo es darum ging, vor der befragenden Ärztin zu den eigenen Sorgen zu stehen. Und schliesslich dürfte der im allgemeinen recht gute und persönliche Kontakt zwischen Patienten und Spitalpersonal im Bezirksspital, der u.a. mit der geringen Grösse des Spitals und mancherlei Berührungspunkten zwischen Spitalmitarbeitern und Patienten ausserhalb der Spitalwelt zusammenhing, einen entsprechenden Einfluss gehabt haben. Beides, der Zuwachs an problembezogener Auseinandersetzung und das Mehr an genereller Zuwendung, könnte zu einem Abbau von Verleugnung und Verharmlosung beigetragen haben.

Daraus lässt sich folgender Schluss ziehen: Je besser der Kontakt zwischen todkranken Patienten und ihren Bezugspersonen im Spital ist, desto offener kann über die mit dem bevorstehenden Lebensende verbundenen Fragen gesprochen werden. Je offener über Tod und Sterben gesprochen werden kann, desto mehr sind die Patienten in der Lage, die sie bedrängenden Probleme wahrzunehmen und sich die damit verbundene Belastung einzugestehen. Pointiert formuliert: Je besser die Kommunikation mit den Patienten, desto grösser ihre Problembelastung.[1] Damit ist ein scheinbar paradoxes Verhältnis gegeben: Je weniger Schwestern, Ärzte, Pfarrer und andere Spitalpersonen auf Sterbende eingehen, desto eingeschränkter ist die Wahrnehmung der Patienten, desto geringer stufen sie ihre Probleme ein und desto leichter empfinden sie ihre Sorgen. Je besser der Kontakt der Bezugspersonen zu den Kranken ist, desto genauer nehmen diese ihre Belastung wahr bzw. desto stärker haben sie sich mit ihr auseinanderzusetzen. Diese Verhältnisbestimmung

---

1) Somit erweist sich die Stärke der Verleugnung indirekt als ein Indikator für die Qualität der Beziehung, womit das Ergebnis der Analyse der "verleugnenden Patienten" bestätigt wäre (s.o. S. 207ff.). - Andererseits ist zu betonen, dass es auch unter den besten Kommunikationsbedingungen verleugnende Patienten gibt, und dass die Aufhebung einer solchen Abwehr durchaus psychotherapeutischer Bearbeitung bedarf, da es sich im allgemeinen nicht um aktuell entstandene, sondern lebenslang entwickelte Vorgänge handeln dürfte.

erweist sich jedoch als sinnvoll, wenn man davon ausgeht, dass unter der ersten Bedingung die Probleme der Patienten - wenn auch nicht direkt wahrnehmbar - durchaus vorhanden und virulent sein können, dass andererseits unter der zweiten Bedingung immerhin die Möglichkeit besteht, die sichtbar gewordenen Probleme anzugehen und damit ihr Gewicht zu verringern.

Der Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen und den Bezugspersonen in bezug auf die Rangfolge der Probleme

Bisher war im Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen mit den befragten Ärzten, Pfarrern und Schwestern von den unterschiedlichen absoluten Einschätzungen die Rede (Gesamt-Problemwert bzw. Gesamtbelastung). Im folgenden ist das Augenmerk auch auf die verschiedenen Rangordnungen der Probleme zu richten: Gibt es eine Erklärung dafür, dass die Patienten des Bezirksspitals so deutlich andere Probleme für wichtig halten als die Kranken im Stadtspital, bzw. wie kommt es, dass die Bezugspersonen mit den beiden Patientengruppen an dieser Stelle so unterschiedlich stark übereinstimmen?

Betrachtet man zunächst das hohe Mass an Kongruenz zwischen den Patienten des Stadtspitals und den Bezugspersonen - mit Korrelationen, die in den verschiedenen Untergruppen der schriftlich Befragten meist zwischen .75 und .85 liegen[1] -, muss man zu dem Schluss kommen, dass die Bezugspersonen die Situation sterbender Patienten ungewöhnlich treffend beurteilen. Es ist offensichtlich, dass sich die befragten Ärzte, Pfarrer und Schwestern in ihrer Einschätzung sterbender Patienten auf Todkranke bezogen haben, wie sie im Stadtspital, und nicht auf solche, wie sie im Bezirksspital anzutreffen waren. Auch an dieser Stelle muss in Ermangelung anderer Gründe der Hauptunterschied zwischen den beiden Patientengruppen in den unterschiedlichen Kommunikations- und Interaktionsverhältnissen in beiden Spitälern

---

1) Angesichts dieser Werte hat es auch wenig Sinn, wie oben ansatzweise versucht wurde (S. 234ff.), die verschiedenen Untergruppen mit ihren unterschiedlich hohen Korrelationswerten gegeneinander abzuwägen und nach der bestbeurteilenden Berufsgruppe bzw. Variablenkonstellation zu suchen. Dazu sind die Unterschiede zu gering und die Ergebnisse zu uneinheitlich.

gesehen werden. Angesichts der hohen Übereinstimmung zwischen den Patienten des Stadtspitals und den Bezugspersonen ist zu vermuten, dass es sich bei den Verhältnissen im Stadtspital um Interaktionsprozesse handelt, wie sie im allgemeinen in Spitälern anzutreffen sind. Dazu gehört u.a. ein Mangel an befriedigender Kommunikation. (Dies geht auch aus einer Reihe von Kommentaren der Bezugspersonen auf den Fragebögen hervor - s.o. S. 160ff.) In einem solchen Krankenhaus empfinden Patienten in der Regel die Problematik ihres zu Ende gehenden Lebens in der beschriebenen Weise, wonach Schmerzen, Leiden und Hilflosigkeit sowie die aggressive Frage nach dem Warum an der Spitze der Probleme stehen.

In Spitälern dagegen, in denen bessere Bedingungen für die Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten und Betreuern vorliegen, erleben die Todkranken ihren Sterbeprozess zum Teil wesentlich anders. Dies war aus den genannten Gründen bei den Patienten des Bezirksspitals der Fall. Dort zeigte sich, dass die "physiologischen" Bedürfnisse (MASLOW) keine überragende Rolle mehr spielten und statt dessen "soziale" und "Ich"-Bedürfnisse wichtig wurden. Wo also Patienten von seiten ihrer Ärzte und Schwestern eine offenere Kommunikation erleben, können sie auch sich selber und ihren Bezugspersonen gegenüber offener sein (Lernen am Modell). Die dadurch zustande kommende grössere Ehrlichkeit und genauere Introspektion erlaubte es den Patienten des Bezirksspitals z.B. zuzugeben, dass ihre Beziehung gerade zu den engsten Vertrauten, der eigenen Familie, zu wünschen übrig liess. Die auf diese Weise sich ergebende grössere Gelassenheit gegenüber somatischen Problemen machte es auch möglich, sich stärker mit allgemeinen Lebens- und Sinnfragen zu beschäftigen. Von daher lassen sich auch die erheblich tieferen Korrelationswerte zwischen diesen Patienten und den Bezugspersonen erklären. Da im Bezirksspital nicht die üblichen Interaktionsverhältnisse vorlagen, wie sie die schriftlich Befragten im allgemeinen vor Augen hatten, ist der Vergleich an dieser Stelle von Anfang an fraglich gewesen.

Das Gewicht der bei schlechten Kommunikationsverhältnissen mit dem Spitalpersonal verständlicherweise im Vordergrund stehenden physiologischen Nöte wird also unter anderen Umständen, d.h. durch besseren Kontakt, aufgehoben

oder verkleinert. Auf eine Formel gebracht: Je schlechter die Kommunikation zwischen Patient und Spitalpersonal ist, desto mehr werden beim Patienten basale somatische, d.h. unmittelbar mit der Krankheit bzw. dem physischen Angewiesensein auf Schwestern und Ärzte zusammenhängende Frage im Vordergrund stehen. Je besser die Kommunikation ist, desto mehr kann sich der Patient mit - im Sinne der MASLOWSCHEN Bedürfnis-Hierarchie - höheren Problemen beschäftigen, d.h. mit der Frage, was der bevorstehende Tod für seine sozialen Beziehungen, sein Selbstwertgefühl und seine grundlegende Orientierung in der Welt bedeutet.

Diese Verhältnisbestimmung wird noch einleuchtender, wenn man bedenkt, dass auch Schmerzen und Hilflosigkeit (z.B. Lähmung, Inkontinenz, Unfähigkeit zu selbständiger Nahrungsaufnahme) keine absoluten Werte sind. Abgesehen davon, dass derartige Defizite vom Patienten unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden, d.h. ihr Erlebnisgehalt eine grosse Rolle spielt, hängt die Qualität der Wahrnehmung der Patienten-Bedürfnisse durch die Betreuer mit der Qualität der Kommunikation zwischen ihnen und dem Patienten zusammen. Je besser der Kontakt, desto eher ist die Bezugsperson in der Lage, darauf einzugehen.

Somit hat der Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen und den Bezugspersonen, was den Unterschied in der relativen Einordnung der Probleme angeht, die Ergebnisse der Betrachtung über die absolute Beurteilung bestätigt.

Persönliche Anmerkung zur Frage des verleugnenden Patienten

Zum Schluss sei noch eine Bemerkung zum Prozess der Verleugnung erlaubt. Obwohl sich die Verhältnisbestimmung 'Das Vorliegen von Verleugnungsprozessen ist möglicherweise ein Indiz für schlechte Kommunikation zwischen Patienten und Spitalpersonal' auch umkehren lässt in 'Verleugnende Patienten machen es dem Personal schwer, zu einer guten Kommunikation zu kommen', soll hier nicht vorschnell in den Fehler verfallen werden, die Durchbrechung

der Verleugnung in jedem Fall als Tugend zu feiern. Es steht ja nirgends geschrieben, dass Sterbende vor ihrem Tod unbedingt die Phase der Verleugnung ihrer Lebenskrise hinter sich gebracht haben müssen. Vielleicht sollte man besser sagen: Die Frage, was im Fall eines sterbenden Patienten als erstrebenswert anzusehen ist, ist nicht nur eine Sache von Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Bezugsperson. Sie beinhaltet vielmehr auch immer einen Bezug zu einem bestimmten Orientierungssystem, kann also nicht wertneutral entschieden werden.

Diese Thematik spielt in der Literatur, die sich mit der Psychotherapie bei Sterbenden beschäftigt (Thanatotherapie), eine grosse Rolle. Stark vereinfacht könnte man hier zwischen zwei Motivationen bzw. Zielsetzungen unterscheiden. Die eine Richtung betrachtet den Sterbeprozess eines Menschen als Fortsetzung seines bisherigen Lebens unter besonders schwierigen Bedingungen, während dessen sich der Betreffende in der Regel so verhält, wie er sich auch vorher verhalten hat, und zwar besonders in Zeiten schwerwiegender Krisen oder Konflikte. Daraus leitet sich für den Therapeuten die Handlungsanleitung ab, dem Patienten die Sterbezeit so leicht wie möglich zu machen (vgl. z.B. BLEEKER 1978; SHNEIDMAN 1984). Die andere therapeutische Richtung, die stark von JUNGSCHEM Gedankengut beprägt ist, sieht die Zeit des Sterbens als Gelegenheit für einen Nachholprozess an Selbsterkenntnis und Reifung an, an dessen Ende Ganzheit und Selbstwerdung stehen sollten (z.B. BOWERS et al. 1964; KÜBLER-ROSS 1978).

Der Verfasser als Pfarrer, Psychologe und Jungscher Psychoanalytiker vertritt dazu den Standpunkt, dass es für einen Patienten hilfreich sein und ihm die beschwerliche Sterbezeit erleichtern kann, wenn es ihm gelingt, bestimmte Todes-Tabuschranken zu überwinden und sich der Wahrheit über seinen Zustand und über sich als vergängliches Wesen zu stellen. Diese Orientierung allerdings als Leitsatz über jedes Sterbebett zu schreiben, hiesse nicht nur, den Sterbevorgang als Möglichkeit innerpsychischer Veränderung weit zu überschätzen, sondern auch das Gewicht des bisherigen Lebens mit seinen Gewohnheiten, Möglichkeiten und Grenzen stark zu unterschätzen. In der Therapie bei Sterbenden darf es noch weniger als in anderen Therapien um die Belange

des Therapeuten gehen, so schätzenswert sie auch sein mögen. Vielmehr ist hier das auch in anderen therapeutischen Situationen wichtige Kriterium der Bescheidenheit zu respektieren, wonach schon viel gewonnen ist, wenn der Patient lernt, mit seinen Schwierigkeiten besser umzugehen. Von daher ist es nicht mehr als selbstverständlich, dem Patienten auch ein Recht auf Verleugnung zuzugestehen. Niemand muss im "Zustand analytischer Gnade" sterben, also erst dann, wenn alle Komplexe und neurotischen Zustände durchgearbeitet sind (SHNEIDMAN 1978), obwohl es andererseits wünschenswert wäre, wenn möglichst viele Sterbende sich der Tatsache ihres bevorstehendes Todes stellen und damit möglicherweise die Ruhe und Gelassenheit finden, die von Wahrheit, Offenheit und Mut ausgehen.

D. Fazit und Schlussfolgerungen

Was hat die Untersuchung über die Sorgen sterbender Spitalpatienten an Erkenntnissen gebracht, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Interaktion zwischen Bezugspersonen und Todkranken? Wo hat der Vergleich zwischen den Ansichten der Patienten und den Meinungen der befragen Ärzte, Schwestern und Pfarrer zu Ergebnissen geführt, die Anlass zum Nach- und Weiterdenken geben? Im folgenden soll versucht werden, auf diese für die gesamte Untersuchung entscheidenden Fragen in Form von Thesen eine Antwort zu geben.

Vorbehalt: Die Resultate der Arbeit müssen aus verschiedenen Gründen mit Vorbehalt zur Kenntnis genommen werden und mit Vorsicht interpretiert werden. Der explorative Charakter der Untersuchung, der sich in gewissen methodischen Mängeln widerspiegelt; die relativ schmale Datenbasis, was die beiden Patienten-Stichproben angeht; die unterschiedlichen Erhebungsmethoden in den beiden Spitälern; die teilweise fehlende Einheitlichkeit und sogar Widersprüchlichkeit von Ergebnissen - dies alles kann nicht anders verstanden werden, als dass es sich bei den folgenden Überlegungen nicht um gesicherte Erkenntnisse handelt. Andererseits enthebt diese Feststellung nicht von der Verpflichtung, sich auf dem Hintergrund der durchgeführten Studien weiterführende Gedanken zu machen. Die präsentierten Schlussfolgerungen sind durchaus mehr als nur Vermutungen ohne Anhaltspunkte. Vielmehr deutet manches darauf hin, dass die Untersuchung ohne die genannten Einschränkungen nicht zu wesentlich anderen Resultaten geführt hätte.

1. Wie die relativ grosse Beteiligung an der schriftlichen Umfrage und wie vor allem die zahlreichen Kommentare auf den Fragebögen gezeigt haben, ist das Thema 'Betreuung sterbender Patienten' bei im Spital tätigen Pfarrern, Schwestern und Ärzten eine Frage, die sehr aktuell ist, grosse Bedeutung hat und viel Betroffenheit auslöst. Gemessen an der Offenheit, mit der viele Bezugspersonen über persönliche Schwierigkeiten im Umgang mit sterbenden Patienten gesprochen haben, und entsprechend dem grossen Interesse, das von den meisten Befragten den zu erwartenden Ergebnissen der Untersuchung entgegengebracht wurde, stehen viele Betreuer von todkranken Patienten unter einer so grossen Belastung, dass sinnvolle Angebote, die zu einer Reduzierung führen können, gern akzeptiert werden.

2. Mit einigen Abstrichen und Ergänzungen kann der in den drei Befragungen verwandte Problemkatalog als nützliches Instrument angesehen werden, um sich

im Umgang mit dem sterbenden Patienten besser zurecht zu finden. Als eine Art von Aide-mêmoire kann er den im Spital tätigen Personen als Anregung für eine genauere Wahrnehmung der Problemsituation der Patienten und als Überprüfung der eigenen Einschätzung dienen, womit keineswegs ausgeschlossen werden soll, dass jeder Patient mit seinen spezifischen, nicht generalisierbaren Sorgen individuell zu sehen ist.

3. Als übereinstimmend unwichtig hat sich die Frage der Lebensbewertung angesichts des bevorstehenden Todes und der Zweifel an der Diagnose herausgestellt. Dafür sollte die Problematik von Suizid und Euthanasie sowie die Angst vor dem Verlust der physischen und psychischen Integrität als mögliche Belastungspunkte für den Sterbenden mitbedacht werden. Ob zu den unwichtigen Themen auch das - von allen Befragten am geringsten bewertete - Problem der gestörten Interaktion mit dem Pflegepersonal zu zählen ist, kann zumindest in Frage gestellt werden. Angesichts gegenseitiger Beeinflussung von Kommunikations- und Verleugnungsprozessen muss mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass weder Patienten noch Bezugspersonen wagen, an dieses Thema zu rühren, weil damit zu viel auf dem Spiel stehen würde: für den Patienten die Zuwendung der am meisten benötigten Bezugsperson, für die Schwester ihr Selbstbild von einer geschätzten Betreuerin des Patienten.

4. Die drei befragten Berufsgruppen unterscheiden sich in ihrer Beurteilung der Situation des sterbenden Patienten sowohl in absoluter (Problembelastung insgesamt) wie relativer Hinsicht (Rangfolge der Probleme) nur wenig. Dort wo gravierendere Unterschiede zu verzeichnen sind, hängen sie am ehesten mit dem Alter und der beruflichen Position, dem Geschlecht und der medizinischen Abteilung der Befragten, nicht aber mit der Spitalart und der Häufigkeit des Kontaktes mit Sterbenden zusammen. Das lässt darauf schliessen, dass die Betreuung von schwerkranken Patienten eine so prägende Wirklichkeit ist, dass keine grossen Unterschiede in der Sichtweise aufkommen können. Das bedeutet aber auch, dass keine der drei Berufsgruppen für sich in Anspruch nehmen kann, die Wirklichkeit sterbender Patienten adäquater zu erfassen als die anderen, bzw. dass alle drei Berufsgruppen in der Betreuung der Todkranken mit ihren speziellen Fähigkeiten aufeinander angewiesen sind.

5. Zwischen der Höhe der Problembeurteilung bei den Bezugspersonen und der Richtigkeit der Einschätzung in bezug auf die Patienten lässt sich kein gleichbleibender Zusammenhang feststellen. Im allgemeinen schätzen die Bezugspersonen, die den meisten Kontakt mit Todkranken haben, die Belastung der Kranken nicht am gravierendsten ein. Die Annahme einer möglichst hohen Problembelastung wird also der Wirklichkeit der Sterbenden nicht immer gerecht. Das deutet darauf hin, dass es neben einer Unterschätzung der Problemsituation der Sterbenden, wie sie in Spitälern und in der Öffentlichkeit über längere Zeit zu verzeichnen war und z.T. noch heute vorhanden ist, auch eine Überschätzung gibt, die ihren Grund in der Anpassung an tatsächlich oder vermeintlich hohe Erwartungen der Öffentlichkeit oder der Sterbenden selbst gegenüber den Spitalpersonen haben könnte. Die Gefahr einer derartigen Einstellung liegt u.a. in fehlendem Vertrauen auf die Eigenkräfte des Patienten, was auf seiten des Patienten zu einer Entmündigung, auf seiten des Personals zu therapeutischer oder pflegerischer Überaktivität führen kann.

6. Als entscheidendes Kriterium für die Belastung in der Sterbezeit hat sich die Frage von Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Betreuer herausgestellt. Von Art und Qualität des Kontaktes zwischen beiden hängt im wesentlichen ab, wie stark der Patient die durch seine unheilbare Erkrankung entstandene Belastung empfindet. In gleicher Weise geht es um die Frage, welche Sorgen dabei für ihn im Vordergrund stehen, als auch darum, ob er überhaupt in der Lage oder bereit ist, seine Belastung wahrzunehmen und darüber zu sprechen.

7. Bei Patienten, die während ihres Sterbeprozesses eine Interaktion durchschnittlicher Qualität mit ihren Bezugspersonen erleben und in bezug auf die Thematik von Tod und Sterben nicht besonders angesprochen werden (wie dies bei den Patienten des Stadtspitals der Fall war), stehen basale körperliche Probleme im Vordergrund. Sie fühlen sich besonders durch Leiden, Schmerzen und Hilflosigkeit belastet. Patienten dagegen, die mit ihren Bezugspersonen in guter und persönlicher Weise interagieren können und denen Anregungen zur Auseinandersetzung mit ihrer Sterbewirklichkeit gegeben werden (wie dies im Bezirksspital der Fall war), empfinden die Problematik ihres zu Ende gehenden Lebens mehr unter sozialen und persönlichkeitsbezogenen Gesichtspunkten. Für

sie wird der Kontakt mit ihren Angehörigen und die Thematik von Lebenssinn und Wertorientierung zum wichtigsten Thema.

8. Je besser der Kontakt zwischen Patient und Spitalpersonal ist, desto besser kann auch der Kontakt des Patienten mit sich selbst sein und desto weniger muss er seine Problemsituation verleugnen oder verharmlosen. Hieraus ergibt sich das scheinbar paradoxe Resultat, dass die Problembelastung des Patienten umso höher wird, je besser die Qualität seiner Kommunikation mit den ihn betreuenden Spitalpersonen ist. Tatsächlich aber gilt auch für dieses Thema, dass einmal erkannte Probleme nicht mehr so schwerwiegend sind, bzw. dass Sorgen, die nicht erkannt, zugegeben oder ausgesprochen werden, keineswegs ohne Wirkung sein müssen.

9. Von daher muss es das Ziel der Betreuung sterbender Patienten sein, im Spital durch offene und qualifizierte Kommunikation eine Atmosphäre zu schaffen, die es dem Patienten erlaubt, seine Probleme wahrzunehmen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Diese Auseinandersetzung gelingt umso eher, je mehr es möglich ist, dem Patienten die Sorgen um seine basalen körperbezogenen Bedürfnisse zu nehmen.

10. Diese Zielsetzung verlangt besonders von Ärzten und Pflegepersonal eine Umorientierung nicht geringen Ausmasses. In ihrem Umgang mit sterbenden Patienten haben medizinische und pflegerische Tätigkeiten im üblichen Sinn, obwohl durchaus nicht zu vernachlässigen, nicht mehr im Mittelpunkt zu stehen. Sie sollten vielmehr als Grundlage dienen, um dem Patienten die gedankliche Auseinandersetzung mit seinem Schicksal und den Abschied von seinen bisherigen Werten, d.h. eine umfassende Trauerarbeit, zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Schwestern und Ärzte sind also in Zukunft mehr als bisher als mitmenschliche und mitfühlende Bezugspersonen und Gesprächspartner, die zur Verarbeitung des Sterbeprozesses anregen, gefragt. Ihre Tätigkeit bekommt dadurch einen anderen Akzent und wird vielfältiger und anspruchsvoller.[1] Die beiden genannten Berufsgruppen sind dazu besonders geeignete Bezugspersonen im Spital,

---

1) Diese These muss in Anbetracht der Tatsache, dass Schwestern und Ärzte in vielen Spitälern schon froh sind, wenn sie nur die allernötigste Versorgung der Patienten gewährleisten können, als Provokation erscheinen. Als eben dies - im wörtlichen Sinn: Hervorrufung - soll sie tatsächlich gelten: als Andeutung einer neuen Fragerichtung.

da die Notwendigkeit der Sorge um die grundlegenden körperlichen Probleme des Patienten in jedem Fall bestehen bleibt und nur auf der Basis einer angemessenen Befriedigung dieser Bedürfnisse weitergehende Probleme wahrgenommen werden können. (Der Patient, der vor Schmerzen weder aus noch ein weiss, kann nicht über den Sinn seines Lebens nachdenken. Er kann dies aber sehr wohl gerade im Kontakt mit der Bezugsperson, die ihn von Schmerzen befreit oder sie ihm lindert.)

11. Um den Kontakt mit dem Patienten zu verbessern, gilt es von seiten der Betreuer vor allem auf folgende Punkte zu achten, bei denen sich die grössten Differenzen in den Ansichten zwischen ihnen und den Todkranken ergeben haben:

- Das Verhältnis des Patienten zu seinen engsten Angehörigen enthält viel Konfliktstoff, weshalb eine Vermittlung des Spitalpersonals in vielen Fällen sinnvoll wäre.
- Fragen, die mit dem Verzicht auf bisherige Lebensziele zusammenhängen, und allgemeine Sinnfragen spielen für den Patienten eine grössere Rolle, als oft angenommen wird. Hier erwartet der Patient - nicht nur vom Seelsorger - Hilfestellung.
- Die Reflexion über das, was der Patient mit seinem bevorstehenden Tod endgültig verlieren wird, bedrängt ihn mehr, als von seiner Umgebung wahrgenommen wird. Auch hier ergibt sich ein weites Feld von stützender und zur Auseinandersetzung anregender Kommunikation.

12. Die Feststellung, ein Patient würde die Ernsthaftigkeit seiner Erkrankung verleugnen, ist in vielen Fällen ein Artefact und kann zur Abstempelung oder Isolierung des Patienten bzw. zur Festschreibung eines unbefriedigenden Interaktionszustandes führen. Bevor es zu einer solchen Diagnose kommt, muss geprüft werden, ob der betreffende Eindruck nicht das Ergebnis einer Reihe von möglichen Störvariablen ist, zu denen vor allem schlechter Kontakt zwischen Patient und Personal und ungünstige Kommunikationsbedingungen gehören. Daneben ist zu prüfen, ob der Eindruck nur auf der Beobachtung eines Betreuers basiert (partielle oder selektive Verleugnung) oder ob alle Betroffenen - und zwar über längere Zeit - in ihrer Beurteilung übereinstimmen. In jedem Fall haben die Bezugspersonen des Patienten ihre Beziehung zum Kranken, aber

auch untereinander, kritisch zu überprüfen, da das Vorliegen eines Verleugnungsprozesses immer auch nach der Qualität der Kommunikation auf der Abteilung fragen lässt.

13. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass Verleugnungs- und Verharmlosungsprozesse bei sterbenden Patienten vorkommen. In solchen Fällen lässt sich eine recht genaue Entsprechung zu der in unserer Gesellschaft weit verbreiteten Vorstellung beobachten, wonach es unangebracht ist, mit anderen über persönliche Probleme zu reden. Bei sterbenden Patienten ist die damit verbundene Angst verständlicherweise besonders gross, durch Ansprechen ihrer Sorgen zu einer Belastung ihrer Umgebung zu werden und damit zur eigenen Isolation beizutragen. Dieser Tendenz entgegenzuwirken, beinhaltet nicht nur einen unmittelbaren Bezug zum sterbenden Patienten, sondern eröffnet darüber hinaus den Horizont allgemein-menschlicher und sozialer Verdrängungsprozesse und macht deutlich, dass das Geschehen um Tod und Sterben nicht unabhängig von gesellschaftlich-kulturellen Bedingungen gesehen werden kann.

14. Die in den bisherigen Thesen zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung und Akzentuierung von möglichst qualifizierter Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten und Bezugspersonen ist nicht nur als Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Untersuchung anzusehen, sondern spiegelt auch den persönlichen Standpunkt des Verfassers wider, wonach es einen Sinn hat, wenn sterbende Patienten der Tatsache ihres bevorstehenden Todes ins Auge sehen und nicht zu Verleugnung oder Bagatellisierung ihrer Probleme Zuflucht nehmen. Damit soll jedoch dem Patienten nicht das Recht auf Verleugnung abgesprochen werden, da es nicht das Ziel einer patientengerechten Betreuung sein kann, dem Todkranken die Art seiner Auseinandersetzung mit seinem Sterbeprozess vorzuschreiben. In jedem Fall zeigt sich an dieser Stelle, wie Fragen der adäquaten Betreuung Sterbender mit allgemeinen Sinnfragen verbunden sind.

15. Die von den Bezugspersonen geschilderten Defizite in der Ausbildung, die beschriebenen Schwierigkeiten im täglichen Umgang mit sterbenden Patienten wie auch die oben skizzierte, durch die Ergebnisse der Untersuchung angeregte Umorientierung von Ärzten und Schwestern in der Betreuung sterbender

Patienten lässt die vielfach erhobene Forderung nach vermehrter und verbesserter Vorbereitung auf die Betreuung Todkranker nur allzu sinnvoll und berechtigt erscheinen. Hierzu gehört auch wesentlich die Erwartung der Bezugspersonen, in ihrer emotional so belastenden Tätigkeit durch Supervision Unterstützung zu bekommen. Dieser Wunsch kann auch deshalb als berechtigt angesehen werden, weil auf diese Weise gerade die einer verbesserten Kommunikation im Wege stehenden persönlichen Motivationen überprüft werden könnten.

16. Den Bedürfnissen todkranker Patienten kann heute am besten durch Teamarbeit entsprochen werden, da keine Berufsgruppe bei den vielfältigen Problemen der Patienten für sich in Anspruch nehmen kann, allein zur Lösung beizutragen. In einer solchen Arbeitsatmosphäre ist auch die gegenseitige Unterstützung eher gewährleistet als in einem Rahmen, in dem deutlich nach beruflichen Rollen unterschieden wird.

17. Die in den letzten Jahren von seiten der Öffentlichkeit wie auch in wissenschaftlichen Untersuchungen zu verzeichnende intensive Beschäftigung mit dem sterbenden Patienten darf nicht in Vergessenheit geraten lassen, dass es neben dem dabei im Mittelpunkt stehenden Krebspatienten, wie er im Allgemeinspital zu finden ist, viele andere Sterbende gibt, die ihren Sterbeprozess an anderen Orten mit anderen und z.T. sehr speziellen Bedingungen erleben. Die dort zu findenden Interaktionsprozesse bedürfen in gleicher Weise der Aufmerksamkeit und dürfen von wissenschaftlichen Untersuchungen nicht ausgeschlossen werden. Hierzu zählen in erster Linie die geriatrischen Abteilungen, speziell in Alten- und Pflegeheimen, und die Bedingungen des Sterbens auf Intensivstationen.

E. Kritischer Rückblick auf die Untersuchung und Anregungen für zukünftige Forschungsvorhaben

Ich halte es für notwendig, am Ende der Arbeit einen Blick zurückzuwerfen und mich kritisch mit Konzeption und Durchführung der Untersuchung auseinanderzusetzen. Dabei sollen die in den vorherigen Kapiteln hier und da anzutreffenden kritischen Bemerkungen z.T. aufgegriffen und darüber hinaus grundsätzlich nach Aufwand und Ertrag der Studie gefragt werden.

Was die Fragestellung der Untersuchung angeht, so erscheint sie mir auch rückblickend als sinnvoll und notwendig. Die beschriebenen Ergebnisse wie auch der Vergleich mit der Literatur haben gezeigt, dass es für die Bezugspersonen sterbender Patienten wichtig ist zu wissen, inwieweit ihre Wahrnehmung mit derjenigen der Patienten übereinstimmt. Mit dieser Zielsetzung wäre es zweifellos günstiger gewesen, die Untersuchung hätte sich nur mit sterbenden Patienten und ihren direkten Bezugspersonen (Betreuern) beschäftigen können, wie dies in der Teiluntersuchung im Bezirksspital geschehen ist. Schon bei der Planung der Studie war jedoch vorauszusehen, dass es mit den vorhandenen Mitteln nicht gelingen konnte, allein auf diesem Weg zu einer ausreichend grossen Zahl von Vpn zu gelangen, um einigermassen generalisierbare Aussagen machen zu können. Deshalb kam die schriftliche Befragung von Ärzten, Schwestern und Spitalpfarrern zum Untersuchungsbereich hinzu. Diese Studie hat sich auch unabhängig von dem durch sie ermöglichten Vergleich als sinnvoll erwiesen, da sie die Meinungen der wichtigsten Personen im Interaktionsgefüge von Todkranken und ihrer Spitalumwelt wiedergibt.

Das Thematik und Art der Fragestellung bei den schriftlich Befragten auf grosses Interesse gestossen ist, darf wohl aus der - angesichts des einmaligen Anschreibens - relativ hohen Antwortquote, aber auch aus der Häufigkeit und dem Inhalt der Kommentare auf den Fragebögen geschlossen werden. Das Thema ist insgesamt als ein für die praktische Arbeit im Spital wichtiges akzeptiert und der Fragebogen als ein dem mehr oder weniger entsprechendes Untersuchungsinstrument anerkannt worden.

Konstruktion und Gestaltung des Fragebogens lassen rückblickend manche Wünsche offen. Ob zu einer besser fundierten Studie auch eine Itemanalyse mit Trennschärfeberechnung und Interrater-Reliabilitätsprüfung gehört hätten, mag angesichts des explorativen Charakters der Studie dahingestellt bleiben. Offensichtlicher sind Mängel bei einigen Antwortvorgaben (z.B. bei der Variable medizinische Abteilung) im Sinne von Genauigkeit der Formulierung oder zu grosser Offenheit für zusätzliche Bemerkungen, was zu Skalierungs- und Kodierungsschwierigkeiten geführt hat. Ein Mangel ist auch, dass die bei den Problemen und der Variable Kontakt verwandte Häufigkeitsskala von "sehr selten" bis "sehr oft" die Minimum- und Maximumwerte aussparte. Die Problematik der Subjektivität dieser Skala bzw. das Fehlen von numerischen Verankerungen der Skalenwerte ist bereits früher erörtert worden. Schwerwiegender ist die Schwierigkeit, die sich aus dem Vergleich von Häufigkeitsangaben (schriftliche Umfrage) mit Angaben zur Gewichtung von Problemen (Befragung der Patienten) ergibt. Um an diesem Punkt nicht steckenzubleiben, musste auf die von den Patienten erbetene Unterscheidung zwischen dem Vorliegen eines "Problems" und eines "grossen Problems" in der Auswertung der Befragung weitgehend verzichtet werden.

In bezug auf den Inhalt der soziographischen Variablen des Fragebogens liessen sich sinnvolle Ergänzungen denken, was am deutlichsten bei der fehlenden Frage nach dem Dienstalter sichtbar wird. Wichtiger aber ist die Frage, ob eine Ausweitung der Thematik beim Kernstück des Fragebogens, den Problemfragen, sinnvoll gewesen wäre. Dass damit nicht nur die verbalen Äusserungen von Patienten gemeint waren, geht zwar aus der Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens indirekt hervor, hätte aber, wie verschiedene Reaktionen von Antwortenden zeigen, expressis verbis formuliert werden sollen.

Damit ist die zentrale Frage nach dem Einbezug von Wünschen, Einstellungen und Motivationen angeschnitten, die dem Patienten nicht bewusst sind. Forderungen dieser Art sind immer wieder erhoben worden (z.B. ERLEMEIER 1972; WITTKOWSKI 1978; SCHULZ 1978), und auch die in dieser Arbeit vorliegenden Ergebnisse lassen diese Forderung als berechtigt erscheinen. Allerdings

sind die hier möglichen Erhebungsinstrumente wie Farbwahl, Satzergänzung, Konstruktion von Geschichten (TAT) bisher fast ausschliesslich an nichtsterbenden, wenn auch schwerkranken Patienten verwandt worden (z.B. POTTER 1980; VETTER 1982). Ein vielversprechender Ansatz zu einer Erweiterung der Methodik liegt bei ANTONOFF & SPILKA (1984/85) vor, die todkranke Patienten im Verlauf von Interviews zu bestimmten kritischen Themen auf ihre Mimik hin beurteilten, wenn dieses Instrumentarium auch kaum zu einer häufig angewandten Methode werden dürfte.[1] Die Erweiterung der Themenstellung auf die unbewusste Ebene des Patienten im Rahmen der schriftlichen Befragung von Bezugspersonen wäre von daher sehr sinnvoll, aber nicht leicht durchzuführen gewesen, da sie eine allgemein akzeptable, verständliche und praktikable Erklärung von unbewussten Prozessen vorausgesetzt hätte.

Eine andere grundsätzliche Schwierigkeit der Untersuchung betrifft den Zeitpunkt der Erhebung der Daten. Die Patienten wurden an einem bestimmten Punkt ihres Sterbeprozesses nach ihren Sorgen gefragt, was genau genommen nur eine Aussage über diesen Zeitpunkt erlaubt. Bei einer grösseren Stichprobe und in einer umfangreicheren Untersuchung müsste die Fragestellung unbedingt auf eine verlaufsweise Erfassung der Sorgen ausgeweitet werden, wozu auch gehören würde, dass man die erhobenen Daten in Beziehung zu einem Fixpunkt setzt, z.B. dem Zeitpunkt der Erstinformation über die unheilbare Erkrankung oder dem Todesdatum. Demgegenüber wurden die schriftlich Befragten in der vorliegenden Untersuchung nach ihrer allgemeinen Erfahrung mit sterbenden Patienten gefragt. Die so gestellte Frage beinhaltete keine Aussage über den Zeitpunkt des Auftretens der Probleme, weshalb von einigen Vpn auch die Möglichkeit benutzt wurde, bei einzelnen Problemen einen Bezug zum zeitlichen Verlauf des Sterbeprozesses anzugeben. Immerhin kann bei der grossen Anzahl der Befragten vermutet werden, dass sich die Probleme nicht nur auf einen oder wenige Zeitpunkte beziehen, sondern mehr oder weniger das

---

1) Ein ebenfalls beachtlicher Versuch dieser Art scheint in der mir nur vom Titel her bekannten Arbeit von Rovera, G.G., Marocco-Muttini, C. & Bignamini, E. vorzuliegen: Relievi psicopathologici nel malato terminale al test di Rorschach (Psychological findings in patients with terminal illness based on the Rorschach test). Revista Sperimentale di Freudiatria Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 1983, 107, 92-111

gesamte Spektrum des Sterbeprozesses abdecken. Trotzdem lässt sich daraus nicht schliessen, wie lange sich die jeweilige Belastung durch ein bestimmtes Problem erstreckt, wenn es bei einem Patienten auftaucht. Die Mindestaussage, welche Art der Fragestellung und Beantwortung zulassen, lautet vielmehr, dass ein bestimmtes Problem während der Sterbezeit eines Patienten in so und soviel Prozent aller Fälle wenigstens einmal begegnet. Es ist nötig, sich dieser Begrenzung der Aussage der erhobenen Daten bewusst zu sein.

Den grössten Einfluss auf die Durchführung der Untersuchung hatte aber nicht die Fragebogen-Studie, die mehr oder weniger den Erwartungen entsprechend verlief, sondern der Gang der Studie im Bezirksspital, wo die überraschend geringe Anzahl von befragten Patienten zu einer Neuorientierung des Gesamtkonzeptes Anlass gab. Als äusserer Grund für dieses Ergebnis muss in erster Linie die geringe Grösse des Spitals angesehen werden, die als Faktor bei der Konzipierung zu wenig bedacht war. (Andererseits wurde dadurch eine Untersuchung dieser Art überhaupt erst möglich.) Daneben spielten zufällige Einflüsse wie eine hohe Quote von sterbenden, aber nicht ansprechbaren Patienten, oder relativ viele nur kurzfristig im Spital verweilende Todkranke eine Rolle.

Die Frage nach Störgrössen dieser Art tritt zurück hinter die grundsätzliche Frage nach der verwandten Methode. Die praktizierte Vorgehensweise, den Patienten um eine Beurteilung der Probleme zu bitten, hatte ja als Voraussetzung die Einschätzung des Verfassers, dass dem Patienten eine Konfrontation dieser Art zuzumuten wäre. Diese Annahme stützte sich wiederum auf mehrere vorausgehende Gespräche, in denen sich die Thematik von Tod und Sterben als mögliches Gesprächsthema erwiesen hatten. Dass dieses Verfahren den Bedürfnissen des Patienten nach Unterstützung in seiner Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Lebensende entgegenkommt, also ethisch sehr wohl zu vertreten ist, liegt auf der Hand, ebenso aber auch, dass es sehr aufwendig und störanfällig ist. So hat sich im Bezirksspital des öfteren gezeigt, dass Patienten, die aufgrund der mit ihnen geführten Gespräche als durchaus für die Studie infrage kommend eingestuft wurden, zu kurze Zeit im Spital blieben,

um befragt werden zu können. Von daher wäre eine grössere methodisch-konzeptionelle Flexibilität angemessen gewesen, die z.B. eine Beurteilung eines Patienten durch seine Bezugspersonen auch dann erlaubt hätte, wenn es nicht zu einer Selbsteinschätzung gekommen wäre. Dies gilt auch für Patienten, die aus anderen Gründen nicht in die Studie aufgenommen wurden. Selbst solche Todkranken, die nach gewissenhafter Prüfung als Verleugner bezeichnet werden müssten, könnten auf diese Weise erfasst werden. Hier hätten die entsprechenden Fremdbeurteilungen wenigstens einen Teil der konzipierten Daten erbracht, auch wenn der Vergleich in der ursprünglich vorgesehenen Form nicht möglich gewesen wäre. Davon abgesehen scheint die Frage in jedem Fall angebracht, ob nicht ein Erhebungsinstrument gefunden werden könnte, mit dem das Vorliegen von Problemen bei sterbenden Patienten auf eine weniger aufwendige Weise zu eruieren ist (z.B. durch nicht-reaktive Messverfahren).

Die geringe Quote von Patienten im Bezirksspital hatte zwei Konsequenzen. Zum einen musste auf die Verwertung einer Fülle von erhobenen Daten (z.B. zur Person des Patienten, zu seiner Krankheit und seinen familiären Verhältnissen - vgl. dazu Patientenbogen 4 im Anhang B 4) verzichtet werden, da bei einer Gesamtzahl von 11 Patienten die Bildung von Untergruppen zwecks Prüfung von unabhängigen Variablen statistisch unsinnig geworden war. Von daher ergibt sich für die Studie im Bezirksspital ein sehr ungünstiges Verhältnis von Aufwand und Ertrag, zumindest insoweit, als es sich in verwertbarem Zahlenmaterial niederschlägt. (Der Wert der dort gemachten Erfahrungen im Umgang mit Patienten und Spitalpersonal, über den bereits oben gesprochen wurde, bleibt davon natürlich unberührt.) Zum anderen wurde im Stadtspital kurzfristig eine weitere Studie an Patienten durchgeführt, um noch zu einer grösseren Zahl von Patienten-Aussagen zu gelangen. Die dabei durchgeführte Befragung von 20 Kranken erbrachte eine Stichprobengrösse, die für den Vergleich mit den schriftlich befragten Bezugspersonen eine etwas breitere Basis darstellt, obwohl auch diese Gruppe nicht gross genug war, um den Einfluss bestimmter Faktoren wie Alter oder Familienstand auf das Antwortverhalten der Patienten prüfen zu können.

Allerdings wurde diese ursprünglich nicht geplante zweite Patientenbefragung mit dem Nachteil erkauft, dass sie nicht in der Schweiz bzw. im Kanton Zürich

durchgeführt wurde, die zu vergleichenden Personengruppen also aus zwei verschiedenen Ländern stammen. Dieser Nachteil ist angesichts der kulturell weitgehend übereinstimmenden Ausrichtung von Schweiz und BRD, auch was das Gesundheitswesen angeht, weniger gravierend als die Tatsache, dass das im Stadtspital verwandte Befragungsinstrument nicht mit dem im Bezirksspital angewandten, d.h. dem er ursprünglichen Konzipierung entsprechenden übereinstimmte. Selbst wenn man berücksichtigt, dass das im Stadtspital geführte Gespräch mit den Patienten gezielt auf die später anzukreuzenden Probleme geführt wurde, müssen die aus der Interview-Methodik bekannten Verfälschungstendenzen als mögliche Einflussgrössen in Rechnung gestellt werden. Dass die Selbsteinschätzung der Patienten im Bezirksspital in Form von Zuordnung von Karten in Abwesenheit der Bezugsperson zutreffender war, ist allerdings nur eine Vermutung, denn auch das Q-Sort-Verfahren ist nicht ohne Verzerrungseffekt denkbar.

Andererseits ist es gerade durch die Verwendung dieser beiden unterschiedlichen Methoden möglich geworden, zwei unterschiedlichen Kommunikationssystemen auf die Spur zu kommen, nach weiteren Unterschieden zwischen den beiden Spitälern zu fragen, die Auswirkungen von Kommunikation und Forschungsbeziehung auf das Selbstbild der Patienten zu beobachten und die entsprechenden Schlüsse für die Interaktion zwischen Patienten und Betreuern zu ziehen. So hat sich der Nachteil gleichzeitig als Vorteil erwiesen.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

1. Problemrahmen

In einem historischen Überblick wird dargestellt, wie sich die Psychologie - nach einigen wenigen Arbeiten in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts - seit den 50-er Jahren intensiver mit der Thematik von Tod und Sterben beschäftigt hat. Ging es dabei zunächst vor allem um die Einstellung zum eigenen Tod und zum Tod anderer, vereinzelt auch um die psychotherapeutische Begleitung von unheilbar erkrankten Klienten, verlagerte sich der Schwerpunkt später auf die Erfassung des Erlebens und Verhaltens von sterbenden Spitalpatienten und ihrer Interaktion mit dem Personal, wobei das Problem der "Wahrheit am Krankenbett" die meiste Aufmerksamkeit weckte.

Eine häufig angewandte Verfahrensweise bei der Erfassung der psychischen Situation von Todkranken ist die Beurteilung durch ihre Betreuer oder die Auswertung von Interviews mit den Patienten. Nur ganz wenige Untersuchungen gehen testmässig vor. In den Studien wird meistens eine grössere Gruppe von Patienten untersucht und retrospektiv in sterbende und schwerkranke Patienten unterteilt. Sind die Interaktionspartner der Kranken Gegenstand der Untersuchung, geht es um die Beurteilung des eigenen Verhaltens gegenüber den Patienten und die Einstellung zu todbezogenen Themen, häufig im Vergleich zu Bezugspersonen, die seltener mit unheilbar Kranken zu tun haben. Wie in einem ausführlichen Referat über die wichtigsten Arbeiten zum Thema der vorliegenden Untersuchung dargestellt wird, sind Studien, in denen sowohl Patienten wie Bezugspersonen erfasst und zur gleichen Thematik befragt werden, bisher sehr selten.

2. Fragestellung

Die Untersuchung beschäftigt sich mit den Sorgen (Problemen) sterbender Spitalpatienten. Sie fragt danach, was den Patienten in Zusammenhang mit ihrem bevorstehenden Tod am meisten zu schaffen macht. Diese Selbsteinschätzung (Selbstbild) wird verglichen mit den Ansichten, die drei wichtige Gruppen von Bezugspersonen - Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer -

von der Problemsituation der Patienten haben (Fremdbild bzw. attribuiertes Selbstbild). Aus der Gegenüberstellung von übereinstimmenden und divergierenden Sichtweisen wird nach Konsequenzen für die Interaktion zwischen Betreuern und Patienten gefragt. Die Untersuchung hat das Ziel, einen Beitrag zur genaueren Wahrnehmung der Belastung sterbender Patienten zu leisten, um sie besser verstehen und adäquater betreuen zu können. Die Arbeit konzentriert sich dabei auf den unheilbar kranken erwachsenen Patienten, wie er in der Regel im Allgemeinspital zu finden ist, dessen Tod innerhalb eines Jahres erwartet wird und der über seine Diagnose informiert ist. Mit Sorgen sind die emotionalen und kognitiven Belastungen des Patienten (Krise, Konflikt, Frustration, Stress) in bezug auf sich selbst und die Interaktion mit seiner sozialen Umwelt im Verlauf des Sterbeprozesses gemeint.

3. Methodik und Stichprobe

Die empirische Untersuchung besteht aus drei voneinander unabhängigen, aber aufeinander bezogenen Studien. In allen drei Studien geht es um die Beurteilung eines - aus eigener Erfahrung mit Todkranken und Literaturstudium entstandenen - Katalogs von 20 wichtigen Problemen, die sich mit Resignation, Ungewissheit, physischer Beeinträchtigung, Sorge um Angehörige, Schuldgefühlen, Fragen von Kommunikation und Interaktion und mit philosophisch-religiösen Themen beschäftigen.

In der ersten Studie wurden 11 todkranke Patienten eines Bezirksspitals im Kanton Zürich, in dem der Verfasser neun Monate lang als Spitalpfarrer tätig war, befragt, wobei ihnen die Probleme auf Karten vorgelegt wurden, die sie nach dem Grad ihres Betroffenseins beurteilen mussten (Q-Sort). Die Patienten waren im Durchschnitt 67 Jahre alt und hatten unterschiedliche Diagnosen. Bei weiteren 17 unheilbar kranken Patienten, die nicht befragt werden konnten, wurden die Protokolle der mit ihnen geführten Gespräche und die schriftlichen Berichte ihrer Ärzte und Schwestern ausgewertet. Daneben wurde die Problemlage der befragten Patienten sowie ihre Interaktion mit dem Personal von ihren Betreuern beurteilt.

In der zweiten Studie wurden 30 unheilbare kranke Leukämie- und Krebs-Patienten (Durchschnittsalter: 58 Jahre) eines grossen Stadtspitals in der BRD mittels eines Interviews auf die 20 Probleme hin befragt.

In der dritten Studie konnten 394 Spitalärzte (= 38% der Angeschriebenen), 569 Schwestern/Pfleger (32%) und 42 reformierte und katholische Spitalpfarrer (46%) aus verschiedenen Spitälern im Kanton Zürich mit einem ihnen zugeschickten Fragebogen auf die Häufigkeit des Vorkommens der 20 Probleme bei sterbenden Patienten befragt werden. Diese Stichprobe wurde entsprechend Ort und Art der Tätigkeit der Befragten in eine Kerngruppe (regelmässiger Kontakt mit Sterbenden) und eine Restgruppe (seltener oder kein Kontakt) unterteilt werden.

4. Ergebnisse

A. Selbstbild der Patienten

Die psychische Belastung der Patienten während ihrer Sterbezeit ist gemäss ihrer Selbsteinschätzung als gering zu bezeichnen. Auf einer von "sehr selten" (≙ 0%) bis "sehr häufig" (≙ 100%) reichenden Skala liegt der Gesamt-Problemwert (durchschnittliche Belastung über alle 20 Probleme) bei den Patienten des Bezirksspitals bei 34%, bei den Patienten des Stadtspitals bei 24%. Die häufigsten Probleme sind für die Todkranken des Stadtspitals die Angst vor Schmerzen, die Trauer darüber, immer mehr aufgeben zu müssen, und die Sorge vor ständig wachsender Hilflosigkeit, während für die Patienten des Bezirksspitals die schlechte Kommunikation mit den Angehörigen, die Frage, was nach dem Tod kommt, die Angst vor langem Leiden und, ebenfalls, die Trauer über den bevorstehenden Abschied im Vordergrund stehen. Bei beiden Patientengruppen spielen die Sorge über schlechte Beziehungen zum Pflegepersonal und Schuldgefühle im Rückblick auf das zu Ende gehende Leben keine Rolle. Was die Rangfolge der Probleme angeht, beurteilen beide Gruppen ihre Situation sehr verschieden (Rangkorrelation: .24).

B. Fremdbild der Bezugspersonen

Gemäss der Einschätzung der Kerngruppe der befragten Schwestern/Pfleger, Ärzte und Spitalpfarrer liegt der Belastungsgrad bei sterbenden Patienten

bei 56%. Die häufigsten Probleme sind die Warum-Frage (darunter leiden 77% aller Patienten), die Angst vor langem Leiden, die Gewissheit zunehmender Hilflosigkeit und die Angst vor Schmerzen. Die geringsten Sorgen machen den Sterbenden nach Meinung der Bezugspersonen das Gefühl der Isolierung durch die Umgebung und die schlechte Kommunikation mit dem Pflegepersonal (25%).

Die drei Berufsgruppen sind sich in ihrer Beurteilung recht einig, sowohl was die Rangfolge der Probleme (Korrelationen zwischen .83 und .95) als auch die absolute Höhe (53 - 59%) angeht. Die bei den meisten der 20 Probleme zwischen ihnen vorhandenen Unterschiede sind - wegen der grossen Stichprobe - zwar signifikant, aber nicht gross. Die höchste Problemeinschätzung liegt bei der Gruppe der Schwestern. Weibliche Bezugspersonen sehen die Problematik der Patienten gravierender als ihre männlichen Kollegen. Je jünger eine Bezugsperson ist, desto belasteter erscheint ihr ein todkranker Patient. Je höher die berufliche Stellung eines Betreuers, desto niedriger ist seine Beurteilung der Problemlage des Patienten. Ob jemand in einem Stadt- oder Landspital arbeitet, spielt für seine Sicht des Todkranken keine Rolle, wohl aber die medizinische Abteilung, auf der er tätig ist; innerhalb der Kerngruppe der Befragten liegen die höchsten Problemwerte bei den in der Inneren Medizin Beschäftigten. Eine positive Korrelation zwischen Kontakthäufigkeit und Problembelastung findet sich nur bei den Pfarrern. Dass Bezugspersonen, die viel Kontakt mit Sterbenden haben, nicht notwendigerweise die Belastung besonders hoch einschätzen, wird dadurch bestätigt, dass die Kerngruppe der Bezugspersonen im Durchschnitt niedrigere Werte hat als die Restgruppe. - Jede fünfte Bezugsperson weiss nach eigenen Angaben zu wenig über sterbende Patienten, um sich zur Thematik äussern zu können, und jeder zwölfte Betreuer ist der Meinung, man könne über Sterbende überhaupt keine allgemeinen Aussagen machen.

C. Vergleich zwischen Selbst- und Fremdbild

Zwischen Bezugspersonen und Patienten des Bezirksspitals besteht, was die relative Einstufung der Probleme angeht (Rangordnung) mit .36 eine niedrige, zwischen Bezugspersonen und Patienten des Stadtspitals mit .82 eine hohe

Übereinstimmung. Andererseits ist der Unterschied in bezug auf die absolute Einstufung der Probleme (Gesamt-Problemwert) zwischen Bezugspersonen und Patienten des Stadtspital grösser als zwischen Bezugspersonen und Patienten des Bezirksspitals.

Der im Bezirksspital durchgeführte unmittelbare Vergleich zwischen den Ansichten der Patienten und ihrer direkten Bezugspersonen ergibt eine Rangkorrelation von .46. In der Einschätzung der Gesamtbelastung liegen die Betreuer mit einem Wert von 35% auf der gleichen Höhe wie die Patienten. Bei der übrigen Beurteilung der Situation der Todkranken und ihrer Interaktion mit dem Personal fällt auf, dass zwischen den Varianzquellen Quantität/Qualität des Kontaktes mit dem Patienten, physische und psychische Beeinträchtigung, Gesprächsangebot zur Auseinandersetzung mit seiner Krankheit einerseits und der Beurteilung der Problemsituation (sowohl Selbst- wie Fremdbild) andererseits keine nennenswerten Zusammenhänge bestehen.

D. Fallberichte

In kurzen Fallberichten werden sechs "Typen" von Todkranken beschrieben: der demonstrativ akzeptierende Patient; der von seiner Familie bei der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit allein gelassene Patient; der misstrauisch-distanzierte Patient; die "reife Persönlichkeit"; der den Tod herbeisehnende Patient; und der ständig zwischen Hoffnung und Resignation schwankende Patient.

5. Diskussion

Die dargestellten Befragungen weisen in ihren Ergebnissen z.T. hohe Übereinstimmungen, z.T. grosse Unterschiede auf. Dieses uneinheitliche Bild wird verständlich, wenn man die verschiedenen Befragungsmethoden und die unterschiedlichen Interaktionsverhältnisse in den drei Studien berücksichtigt.

Im Bezirksspital wurden die Patienten erst nach mehreren Gesprächen, in denen ihre Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod im Mittelpunkt

stand, mit dem Problemkatalog konfrontiert. Sie konnten zudem die Fragen in Abwesenheit des Betreuers beantworten. Ausserdem war in diesem kleinen Spital (67 Betten) eine recht familiäre Atmosphäre mit einer überdurchschnittlich guten Kommunikation zwischen Betreuern und Patienten vorhanden. Im Stadtspital dagegen, einem 500-Betten-Haus, lagen weniger persönliche Verhältnisse vor. Die Patienten wurden nicht spezifisch auf ihren Sterbeprozess angesprochen und sie mussten auf die Fragen in einem Interview antworten. Diese unterschiedlichen Bedingungen sind als der wahrscheinlichste Grund für die Differenzen in der Selbsteinschätzung der Patienten sowohl in absoluter wie relativer Hinsicht anzusehen. Von daher liegt die Vermutung nahe, dass das Selbstbild sterbender Patienten von der Art ihrer Kommunikation mit dem Personal abhängig ist. Ist der Kontakt zwischen Personal und Patienten mehr von Offenheit und Empathie geprägt, können die Patienten ihre psychischen Belastungen besser wahrnehmen und offener darüber sprechen. Besteht eine offene Kommunikation, stehen ausserdem andere Sorgen im Vordergrund. Entsprechend dem Bedürfnis-Schema von MASLOW (Hierarchie von physiologischen, Sicherheits-, sozialen, Ich- und Selbstverwirklichungs-Bedürfnissen) geht es umso mehr um "höhere" Bedürfnisse, je besser die Kommunikation ist. Je schlechter die Verhältnisse sind, desto bedrängender werden physiologisch-somatische Bedürfnisse.

Wie hoch die tatsächliche psychische Belastung von todkranken Patienten ist, lässt sich aufgrund des vorhandenen Datenmaterials nicht entscheiden. In den Befragungen könnte sowohl eine Überschätzung durch die Bezugspersonen vorliegen, die u.a. als Reaktion auf die öffentliche Kritik an rigorosen Verhaltensweisen von Spitalpersonal gegenüber Sterbenden der letzten Jahre erklärlich wäre. Es könnte aber auch eine Unterschätzung der Probleme durch die Patienten vorliegen, die gemäss allgemein-gesellschaftlicher Tendenz dazu neigen könnten, ihre Sorgen zu bagatellisieren oder verleugnen. Für beide Annahmen spricht, dass die vom Verfasser anfänglich als "Verleugner" bezeichneten Patienten des Bezirksspitals, mit denen ein Gespräch über ihren bevorstehenden Tod nicht möglich war, gegenüber anderen Bezugspersonen durchaus eine entsprechende Offenheit gezeigt hatten. Aus dieser Beobachtung wurde

die These entwickelt, dass die Diagnose "Verleugnung" in erster Linie ein Urteil über die Qualität der Beziehung zwischen Patienten und Bezugspersonen bedeutet.

6. Schlussfolgerungen

Der in den drei Befragungen benutzte Problemkatalog kann als Anregung für eine genauere Wahrnehmung der psychischen Situation des sterbenden Patienten angesehen werden. Er sollte gemäss den Ergänzungen der befragten Bezugspersonen durch die Themen Euthanasie, Suizid, Sterbeort und Wunsch nach alternativen Therapien vervollständigt werden.

Dem Patienten ist weder durch eine generell niedrige noch eine generell hohe Einschätzung seiner Problematik gedient. In beiden Fällen wird er nicht ernst genug genommen, was entweder zu Verharmlosung und Kontaktverminderung oder zu Entmündigung und therapeutisch-pflegerischer Überaktivität führen kann. Angemessen ist vielmehr, die Situation des Patienten so genau wie möglich zu erfassen.

Als entscheidendes Kriterium für die psychische Belastung in der Sterbezeit hat sich die Frage der Qualität der Kommunikation zwischen Patienten und Betreuern herausgestellt. Dieser Zusammenhang verlangt besonders von Ärzten und Schwestern/Pflegern eine Umorientierung: Die bisher im Mittelpunkt stehenden medizinischen und pflegerischen Massnahmen sollten, wenn immer möglich, dazu dienen, dem Patienten die Auseinandersetzung mit seinem nahenden Tod zu ermöglichen. Die Betreuer werden demnach mehr als bisher als mitfühlende Interaktionspartner gebraucht. Zu ihren Aufgaben gehört von daher u.a. die Vermittlung in der oft konfliktreichen Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen, die Bereitschaft zu Gesprächen über Sinn- und Lebensfragen und die Ermöglichung von Trauerarbeit über die bevorstehenden Verluste.

Auf dem Hintergrund dieser Folgerungen sind die Klagen des Spitalpersonals über Defizite in der Aus- und Weiterbildung und die Bemerkungen über Schwierigkeiten im täglichen Umgang mit todkranken Patienten, wie sie sich

in den Kommentaren der befragten Bezugspersonen widerspiegeln, sehr verständlich. Das gleiche gilt für die Forderungen nach vermehrter Supervision und verstärkter Teamarbeit. Viele Ärzte, Schwestern/Pfleger und Spitalpfarrer sind von der Thematik persönlich stark betroffen und durch die Arbeit mit Todkranken sehr belastet. Deshalb sollte das Thema 'Betreuung sterbender Patienten' unbedingt weiter verfolgt werden. Dabei müssen nicht zuletzt auch Sterbeorte wie geriatrische Spitalabteilungen, Alten- und Pflegeheime sowie Intensivstationen vermehrt in die Untersuchungen einbezogen werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Alexander, I.E. & Alderstein, A.M.: Studien zur Psychologie des Todes. In: Brengelmann, J.C. & David, H.P. (Hrsg.): Persönlichkeitsforschung. Bern: Huber, 1961, 55-74

Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett. Hamburg: Furche, 1975 (2. Aufl.)

Antonoff, St.R. & Spilka, B.: Patterning of facial expressions among terminal cancer patients. Omega: Journal of Death and Dying, 1984-85, 15, 101-108

Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. I-III. Freiburg: Herder, 1971 (Neuauflage: 1980)

Asmussen, H.: Die Seelsorge. München: Kaiser, 1934

Bach, S.: Spontanes Malen und Zeichnen im neurochirurgischen Bereich. Schweizerisches Archiv für Neurologie, Neurorchirurgie und Psychiatrie, 1961, 87 (Monographie H. 1)

Bartussek, D.: Selbstkonzept. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. III. Freiburg: Herder, 1971, 299

Bascom, G.S.: Physical, emotional, and cognitive care of dying patients. Bulletin of the Menninger Clinic, 1984, 48, 351-356

Bastine, R., Fiedler, P.A., Grawe, K., Schmidtchen, St. & Sommer, G. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie, 1982

Baumann, U., Berbalk, H. & Seidenstücker, G. (Hrsg.): Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis. Bd. 5. Bern: Huber, 1984

Becker, P.: Sterbebeistand - Lebenshilfe. In: Kübler-Ross, E.: Leben bis wir Abschied nehmen. Stuttgart: Kreuz, 1980 (2. Aufl.), 157-172

Becker, P.: Ärztliche Erfahrungen mit Schwerkranken und Sterbenden. In: Becker, P. & Eid, V. (Hrsg.): Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Mainz: Grünewald, 1984, 15-33

Becker, P. & Eid, V. (Hrsg.): Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Mainz: Grünewald, 1984

Benoliel, J.Q.: Nursing research on death, dying, and terminal illness: Development, present state, and prospects. Annunal Review of Nursing Research, 1983, 1, 101-130

Bettelheim, B.: Die äusserste Grenze. In: Erziehung zum Überleben. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt, 1980, 11-27

Bleeker, J.A.C.: Brief psychotherapy with lung cancer patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 1978, 29, 282-287

Blumenberg, F.-J. & Kury, H.: Herder Lexikon Psychologie. Freiburg: Herder, 1976 (2. Aufl.)

Boss, M.: Das Sein zum Tode in tiefenpsychologischer Sicht. In: Condrau, G. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. XV: Transzendenz, Imagination und Kreativität. Zürich; Kindler, 1979, 454-463

Bowers, M.K., Jackson, E.N., Knight, J.A. & LeShan, L.: Counseling the dying. London: Nelson, 1964

Brengelmann, J.C. & David, H.-P. (Hrsg.): Persönlichkeitsforschung. Bern: Huber, 1961

Brim, O.G., Freeman, H.E., Levine, S. & Scotch, N.A. (Eds.): The dying patient. New York: Russel Sage Foundation, 1970

Bromberg, W. & Schilder, P.: Death and dying. The Psychoanalytic Review, 1933, 20, 133-185

Bron, B.: Der Psychiater und der sterbende Patient. In: Peters, U.H. (Hrsg.): Die Psychologie des 20 Jahrhunderts. Bd. X: Ergebnisse der Medizin (2). Zürich: Kindler, 1980, 342-360

Campbell, T.W., Abernethy, V. & Waterhouse, G.J.: Do death attitudes of nurses and physicians differ? Omega: Journal of Death and Dying, 1983-84, 14, 43-49

Cannon, W.B.: "Voodoo" death. Psychosomatic Medicine, 1957, 19, 182-190

Cappon, D.: The dying. The Psychiatric Quarterly, 1959, 33, 466-489

Carey, R.G. & Posavac, E.J.: Attitudes of physicians on disclosing information to and maintaining life for terminal patients. Omega: Journal of Death and Dying, 1978-79, 9, 67-77

Castles, M.R. & Keith, P.M.: Patient concerns, emotional resources, and perception of nurse and patient roles. Omega: Journal of Death and Dying, 1979, 10, 27-33

Chandler, K.A.: Three processes of dying and their behavioral effects. Journal of Consulting Psychology, 1965, 29, 296-301

Choron, J.: Der Tod im abendländischen Denken. Stuttgart: Klett, 1967

Condrau, G. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. XV: Transzendenz, Imagination und Kreativität. Zürich: Kindler, 1979

Christian-Widmaier, P.: Aspekte der Interaktion zwischen schwerstkrankem Patient und Krankenhausseelsorger. In: Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1985 (2. Aufl.), 162-167

Crane, D.: Dying and its dilemmas as a field of research. In: Brim, O.G., Freeman, H.E., Levine, S. & Scotch, N.A. (Eds.): The dying patient. New York: Russel Sage Foundation, 1970, 303-325

Datan, N. & Ginsberg, L.H. (Eds.): Life-span development psychology: Normative life crises. New York: Academic, 1975

Dean, J.C.: Counseling the terminally ill. Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice, 1984, 40, 453-461

Diggelmann, W.M.: Schatten. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1981

Diggory, J.D. & Rothman, D.Z.: Values destroyed by death. In: Fulton, R. (Ed.): Death and identity. New York: John Wiley, 1965, 152-161

Dirks, J.F. & Kinsman, R.A.: Death in asthma: A psychosomatic autopsy. Journal of Asthma, 1982, 19, 177-187

Dorsch, F. (Hrsg.): Psychologisches Wörterbuch. Bern: Huber, 1976 (9. Aufl.)

Drees, A.: Balint-Gruppen in der Hämatologie. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, 1981, 7, 34-51

Drever, J. & Fröhlich, W.D.: Wörterbuch zur Psychologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1977 (10. Aufl.)

Dudley, D.L., Verhey, J.W., Masuda, M., Martin, C.J. & Holmes, T.H.: Long-term adjustment, prognoses, and death in irreversible diffuse obstructive pulmonary syndromes. Psychosomatic Medicine, 1969, 31, 310-325

Eggerman, S. & Dustin, D.: Death orientation and communication with the terminally ill. Omega: Journal of Death and Dying, 1985-86, 16 (3), 255-265

Eissler, K.R.: Der sterbende Patient. Stuttgart: Fromann-Holzboog, 1978

Ellard, J.: Emotional reactions associated with death. The Medical Journal of Australia, 1968, 55, 979-983

Engelke, E.: Sterbenskranke und die Kirche. München/Mainz: Kaiser/Grünewald, 1980

Erlemeier, N.: Psychologische Forschungen zum Todesproblem. Zeitschrift für Gerontologie, 1972, 5, 32-49

Falck, I. (Hrsg.): Sterbebegleitung älterer Menschen. Ergebnisse einer Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie im November 1979 in Berlin. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 1980a

Falck, I. (Hrsg.): Resolutionen des Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Berlin, 1979. Zeitschrift für Gerontologie, 1980b, 13, 565-568

Faust, V. & Hole, G. (Hrsg.): Depressionen. Stuttgart: Hippokrates, 1983

Feder, S.L.: Attitudes of patients with advanced malignancy. In: Shneidman, E.S. (Ed.): Death: Current perspectives. Palo Alto: Mayfield, 1976, 430-438

Feifel, H. (Ed.): The meaning of death. New York: Mc Graw-Hill Paperback, 1965

Feifel, H. (Ed.): New meanings of death. New York: Mc Graw-Hill, 1977

Ferber, Ch. v.: Der Tod. Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1970, 2, 237-250

Field, D.: 'We didn't want him to die on his own' - nurses' accounts of nursing dying patients. Journal of Advanced Nursing, 1984, 9, 59-70

Filipp, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg, 1981

Fisseni, H.-J.: Konfrontation mit dem Tode: Sterbebeistand. In: Falck, I. (Hrsg.): Sterbebegleitung älterer Menschen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 1980, 97-107

Folta, J.R.: The perception of death. Nursing Research, 1965, 14, 232-235

Frede, U. & Frede, H.-J.: Anwendung des Hilflosigkeitsmodells von Seligman (1979) auf einige Aspekte des Erlebens und Verhaltens von Patienten mit lebensbedrohlicher Hirntumorerkrankung. In: Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1985 (2. Aufl.), 56-65

Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler, 1980 (12. Aufl.)

Freud, S.: Die Abwehr-Neuropsychosen. In: Freud, A., Bibring, E., Hoffer, W., Kris, E. & Isakower, O. (Hrsg.): Gesammelte Werke. Bd. 1. London: Imago, 1952, 57-74

Freud, S.: Zeitgemässes über Krieg und Tod. In: Mitscherlich, A., Richards, A. & Strachey, J. (Hrsg.): Studienausgabe. Bd. 9. Frankfurt: Fischer, 1974, 33-60

Freud, S.: Jenseits des Lustprinzips. In: Mitscherlich, A., Richards, A. & Strachey, J. (Hrsg.): Studienausgabe. Bd. 3. Frankfurt: Fischer, 1975, 213-272

Fröhlich, W.D.: Angst und Furcht. In: Thomae, H. (Hrsg.): Handbuch der Pychologie. Bd. II: Allgemeine Psychologie, 2. Halbband: Motivation. Göttingen: Hogrefe, 1965 (2. Aufl.), 513-568

Fulton, R. (Ed.): Death and identity. New York: John Wiley, 1965

Fulton, R. & Geis, G.: Death and social values. In: Fulton, R. (Ed.): Death and identity. New York: John Wiley, 1965, 67-75

Garfield, Ch.A. (Ed.): Psychosocial care of the dying patient. New York: Mc Graw-Hill, 1978a

Garfield, Ch.A.: Elements of psychosocial oncology: Doctor-patient relationship in terminal illness. In: Garfield, Ch.A. (Ed.): Psychosocial care of the dying patient. New York: Mc Graw-Hill, 1978b, 102-118

Gaus, E.: Zur Psychologie therapeutischer Extremsituationen in der Medizin. Dissertation. Universität Ulm, 1975

Gaus, E. & Köhle, K.: Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In: Uexküll, Th. v. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosmatischen Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1979, 745-760

Geest, H. v. d.: Unter vier Augen: Beispiele gelungener Seelsorge. Zürich: Theologischer Verlag Zürich, 1981

Gilliland, J.C. & Templer, D.I.: Relationship of death anxiety scale factors to subjective states. Omega: Journal of Death and Dying, 1985-86, 16 (2), 155-167

Glaser, B.G. & Strauss, A.L.: Time for dying. Chicago: Aldine, 1968

Glaser, B.G. & Strauss, A.L.: Interaktion mit Sterbenden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1974

Glaus, A.: Die Onkologieschwester. In: Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: Huber, 1981 (2. Aufl.), 200-211

Graham, H. & Livesley, B.: Dying as a diagnosis: Difficulties of communication and management of elderly patients. The Lancet, 1983, Sept 17, 670-672

Grof, St. & Halifax, J.: Die Begegnung mit dem Tod. Stuttgart: Klett-Cotta, 1980

Hänni, R.: Anpassung. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. I. Freiburg: Herder, 1971, 115

Hafermalz, O.: Schriftliche Befragung - Möglichkeiten und Grenzen. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag, 1976

Hannich, H.-J., Wendt, M., Helleberg, M. & Janssen, F.: Das ärztliche Gespräch während der Visite auf der Intensivstation - Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 1985, 35 (3-4), 95-98

Hartfield, G.: Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Kröner, 1976 (2. Aufl.)

Hatfield, C.B., Hatfield, R.E., Geggie, P.H.S., Taylor, J., Soti, K., Winthers, L., Harris, A. & Greenley, N.: Attitudes about death, dying, and terminal care: Differences among groups at a university teaching hospital. Omega: Journal of Death and Dying, 1983-84, 14, 51-63

Hautzinger, M. & Schulz, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Bd. 3: Depression, Psychosomatik. Kongressbericht Berlin 1980. Tübingen: DGVT-Verlag, 1980

Heim, E.: Psychisches Verhalten bei terminalen Krankheiten. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1975, 105, 321-329

Heller, F.: Die Einstellung von Pflegepersonal und Ärzten zu sterbenden Patienten. Dissertation. TH Aachen, 1980

Herrmann, N.: Ich habe nicht umsonst geweint. Zürich: Kreuz, 1979

Herzig, E.A. (Hrsg.): Betreuung Sterbender. Basel: Rocom, 1979 (2. Aufl.)

Hinton, J.: The physical and mental distress of the dying. Quarterly Journal of Medicine, 1963, 125, 1-21

Hinton, J.: Dying. Harmondsworth: Penguin Books, 1972 (2. Aufl.)

Höfer, W. (Hrsg.): Leben müssen - sterben dürfen. Bergisch Gladbach: Lübbe, 1977

Holing, E.V.: The primary caregiver's perception of the dying trajectory. Cancer Nursing, 1986, 9 (1), 29-37

Horvath, T.: Tod. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. III. Freiburg: Herder, 1980 (Neuauflage), 2329

Howe, J.: Konzepte psychotherapeutischer Hilfestellung bei Sterbenden. In: Hautzinger, M. & Schulz, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Bd. 3. Tübingen: DGVT-Verlag, 1980, 349-359

Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. November 1982 in Vechta. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1985 (2. Aufl.)

Huppmann, G. & Werner, A.: Sterben in der Institution: psychologische Aspekte. Medizin, Mensch, Gesellschaft, 1982, 7, 155-168

Hutschnecker, A.A.: Personality factors in dying patients. In: Feifel, H. (Ed.): The meaning of death. New York: Mc Graw-Hill Paperback, 1965, 237-250

Jaffe, L. & Jaffe, A.: Terminal candor and the coda syndrome: A tandem view of fatal illness. In: Feifel, H. (Ed.): New meanings of death. New York: Mc Graw-Hill, 1977, 195-211

Jennings, B.M. & Muhlenkamp, A.F.: Systematic misperceptions: Oncology patients' self-reported affective states and their caregivers' perceptions. Cancer Nursing, 1981, 4, 485-489

Jüngel, E.: Tod. Stuttgart: Kreuz, 1971

Jung, C.G.: Die Lebenswende. Gesammelte Werke. Bd. 8. Olten: Walter, 1982a (4. Aufl.), 425-442

Jung, C.G.: Seele und Tod. Gesammelte Werke. Bd. 8. Olten: Walter, 1982b (4. Aufl.), 443-455

Kalish, R.A.: A little myth is a dangerous thing: Research in the service of the dying. In: Garfield, Ch.A. (Ed.): Psychosocial care of the dying patient. New York: Mc Graw-Hill, 1978, 219-226

Kalish, R.A. (Ed.): Death, dying, transcending. Farmingdale, N.Y.: Baywood, 1980a

Kalish, R.A.: The onset of the dying process. In: Kalish, R.A. (Ed.): Death, dying, transcending. Farmingdale, N.Y.: Baywood, 1980b, 5-17

Kane, A.C. & Hogan, J.H.: Death anxiety in physicians: Defensive style, medical speciality, and exposure to death. Omega: Journal of Death and Dying, 1985-86, 16 (1), 11-22

Kastenbaum, R.: Psychological death. In: Pearson, L. (Ed.): Death and dying. Cleveland: The Press of Case Western Reserve University, 1969, 1-27

Kastenbaum, R.: Towards standards of care for the terminally ill. Part I: That a need exist. Part II: Waht standards exist today? Omega: Journal of Death and Dying, 1975, 6, 77-78. 289-290

Kastenbaum, R. & Aisenberg, R.: The psychology of death. London: Duckworth, 1974

Kastenbaum, R. & Costa, P.T.: Psychological perspectives on death. Annual Review of Psychology, 1977, 28, 225-259

Katschnig, H. (Hrsg.): Sozialer Stress und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 1980

Kirschling, J.M. & Pierce, P.K.: Nursing and the terminally ill: Beliefs, attitudes and perceptions of the practioners. Issues of Mental Health Nursing, 1982, 4, 275-286

Klapprott, J.: Einführung in die psychologische Methodik. Stuttgart: Kohlhammer, 1979

Koch, U. & Schmeling, Ch.: Betreuung von Schwer- und Todkranken. München: Urban & Schwarzenberg, 1982

Köhle, K., Simons, C. & Urban, H.: Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: Uexküll, Th. v. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München: Urban & Schwarzenberg 1979, 811-832

Kröger, G.: Sterben und Tod. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, 1983, 51, 399-408

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz, 1971

Kübler-Ross, E. (Hrsg.): Reif werden zum Tode. Stuttgart: Kreuz, 1978 (4. Aufl.)

Kübler-Ross, E.: Leben bis wir Abschied nehmen. Stuttgart: Kreuz, 1980 (2. Aufl.)

Laplanche, J. & Pontalis, J.B.: Das Vokabular der Psychoanalyse. Bd. 1-2. Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch, 1972

Lau, E.E.: Tod im Krankenhaus. Köln: Bachem, 1975

Lay, R.: Krisen und Konflikte. München: Heyne, 1981

Lehr, U.: Erscheinungsweisen des Konflikts. In: Thomae, H. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd. II: Allgemeine Psychologie, 2. Halbband: Motivation. Göttingen: Hogrefe, 1965 (2. Aufl.), 306-331

Lester, D.: Experimental and correlational studies of the fear of death. Psychological Bulletin, 1967, 67, 27-36

Leuenberger, R.: Der Tod: Schicksal und Aufgabe. Zürich: Theologischer Verlag Zürich, 1973 (2. Aufl.)

Leviton, D.: Death education. In: Feifel, H. (Ed.): New meanings of death. New York: Mc Graw-Hill, 1977, 253-272

Liberman, M.B., Handal, P.J., Napoli, J.G. & Austrin, H.R.: Development of a behavior rating scale for doctor-patient interactions and its implications for the study of death anxiety. Omega: Journal of Death and Dying, 1983-84, 14, 231-239

Lieberman, M.A.: Psychological correlates of impending death. Journal of Gerontology, 1965, 20, 181-190

Lipowski, Z.J.: Physical illness, the individual and the coping processes. Psychiatry in Medicine, 1970, 1, 91-102

Maguire, P.: Barriers to psychological care for the dying. British Medical Journal, 1985, 291 (Dec), 1711-1713

Maslow, A.H.: Motivation and personality. New York: Harper, 1954 (dt.: Motivation und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch, 1977)

Mauksch, H.O.: Der organisierte Kontext des Sterbens. In: Kübler-Ross, E. (Hrsg.): Reif werden zum Tode. Stuttgart: Kreuz, 1978 (4. Aufl.), 34-55

Mayer-Scheu, J.: Seelsorgerliche Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen im Krankenhaus. In: Winau, R. & Rosemaier, H.P. (Hrsg.): Tod und Sterben. Berlin: De Gruyter, 1984, 338-348

McVay, L.: An interaction study involving a patient with a guarded prognosis. American Journal of Nursing, 1966, 66, 1071-1073

Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: Huber, 1981a (2. Aufl.)

Meerwein, F.: Die Arzt-Patientenbeziehung des Krebskranken. In: Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: Huber, 1981b (2. Aufl.), 84-165

Meerwein, F., Kauf, S. & Schneider, G.: Bemerkungen zur Arzt-Patientenbeziehung bei Krebskranken. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 1976, 22, 278-300

Merten, K.: Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1983

Mester, H.: Der sterbende Patient. In: Tölle, R. (Hrsg.): Seelische Krankheiten und psychosomatische Störungen. München: Urban & Schwarzenberg, 1982, 211-216

Metzger, R.: Die psychische Betreuung sterbender, chronisch kranker Patienten. In: Faust, V. & Hole, G. (Hrsg.): Depressionen. Stuttgart: Hippokrates, 1983, 90-102

Meyer, J.E.: Tod und Neurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1973

Miller, P.Mc C.: Problembewältigungsverhalten (Coping). In: Katschnig, H. (Hrsg.): Sozialer Stress und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg, 1980, 250-261

Morris, J.N., Suissa, S., Sherwood, S., Whright, S.M. & Greer, D.: Last days: A study of the quality of life of terminally ill cancer patients. Journal of Chronic Deseases, 1986, 39 (1), 47-62

Murphy, G.: Discussion. In: Feifel, H. (Ed.): The meaning of death. New York: Mc Graw-Hill Paperback, 1965, 317-340

Nagy, M.H.: The child's view of death. In: Feifel, H. (Ed.): The meaning of death. New York: Mc Graw-Hill Paperback, 1965, 79-98

Noll, P.: Diktate über Sterben & Tod. Zürich: Pendo, 1984

Norton, J.: Die Behandlung einer sterbenden Patientin. Psyche, 1968, 22, 99-117

Novak, F.: Selbsterkenntnis. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. III. Freiburg: Herder, 1971, 297-299

Noyes, R.: The dying patient: Establish his role to improve care. Psychosomatics, 1977, 18, 42-46

Odermatt, M.: Die Psycho-Onkologie zwischen Grandiosität und Bedeutungslosigkeit. Unveröffentlichtes Manuskript. Zürich, 1985

Park, R.: Thanatology. The Journal of the American Medical Association, 1912, 58, 1243-1246

Pattison, E.M. (Ed.): The experience of dying. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977a

Pattison, E.M.: Introduction. In: Pattison, E.M. (Ed.): The experience of dying. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977b, 1-4

Pattison, E.M.: Attitudes towards death. In: Pattison, E.M. (Ed.): The experience of dying. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977c, 5-17

Pattison, E.M.: The experience of dying. In: Pattison, E.M. (Ed.): The experience of dying. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977d, 43-60

Pearson, L. (Ed.): Death and dying. Cleveland: The Press of Case Western Reserve University, 1969

Pegg, P.F. & Metzo, E. (Eds.): Death and dying: A quality of life. International Congress on Death and Dying, London 1980. London: Pitman, 1981

Peters, U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban & Schwarzenberg, 1977 (2. Aufl.)

Peters, U.H. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. X: Ergebnisse für die Medizin (2). Zürich: Kindler, 1980

Pfeiffer, W.M.: Schwierigkeiten des medizinischen Personals in der Betreuung Sterbender. In: Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt: Fachbbuchhandlung für Psychologie, 1985 (2. Aufl.), 107-112

Pflaum, M.C. & Kelley, P.: Understanding the final message of the dying. Nursing, 1986, 16 (6), 26-29

Pincus, L.: Bis dass der Tod euch scheidet. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt, 1977

Pongratz, L.J.: Psychologie menschlicher Konflikte. Göttingen: Hogrefe, 1961

Pongratz, L.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd. VIII, 1./2. Halbband: Klinische Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 1977-78

Potthoff, P.: Der Tod im medizinischen Denken. Stuttgart: Enke, 1980

Pruyser, P.W.: Existential impact of professional exposure to life-threatening or terminal illness. Bulletin of the Menninger Clinic, 1984, 48, 357-367

Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch. Berlin: De Gruyter, 1972 (251. Aufl.)

Quenneville, Y., Falardean, M. & Rochette, D.: Evaluation of staff support system in a palliative care unit. Omega: Journal of Death and Dying, 1981-82, 12, 355-358

Rea, M.P., Greenspoon, S. & Spilka, B.: Physicians and the terminal patient. Omega: Journal of Death and Dying, 1975, 6, 291-302

Reimer, C. & Kurthen, B.: Zur Beziehungsproblematik zwischen Ärzten und Krebspatienten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 1985, 35 (3-4), 86-94

Rest, H.O.F.: Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis. 1. Teil. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1977

Rest, H.O.F.: Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis. 2. Teil: Dokumentation in- und ausländischer Literatur zur multidisziplinären Auseinandersetzung mit Tod und Sterben unter besonderer Berücksichtigung des Umgangs mit Sterbenden. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1978

Rest, H.O.F.: Psychosoziale Aspekte des institutionellen Sterbens alter Menschen. Aktuelle Gerontologie, 1979, 9, 35-48

Rest, H.O.F.: Vorbereitung auf das Sterben aus der Sicht der pflegerischen Institutionen. In: Falck, I. (Hrsg.): Sterbebegleitung älterer Menschen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 1980, 64-78

Richter, H.E.: Flüchten oder Standhalten. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch, 1980

Roose, L.J.: The dying patient. International Journal of Psycho-Analysis, 1969, 50, 385-395

Rosel, N.: Toward a social theory of dying. Omega: Journal of Death and Dying, 1978-79, 9, 49-55

Rosenbaum, E.H.: Oncology/hematology and psychological support of the cancer patient. In: Garfield, Ch.A. (Ed.): Psychosocial care of the dying patient. New York: Mc Graw-Hill, 1978, 169-184

Rosenthal, H.R.: Psychotherapy for the dying. American Journal of Psychotherapy, 1957, 11, 626-633

Rothenberg, A.: Psychological problems in terminal cancer management. Cancer, 1961, 14, 1063-1073

Saner, H.: Das Sein zum Tode aus philosophischer Sicht. In: Condrau, G. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. XV: Transzendenz, Imagination und Kreativität. Zürich: Kindler, 1979, 464-471

Saunders, C.: The moment of truth: Care of the dying person. In: Pearson, L. (Ed.): Death and dying. Cleveland: The Press of Case Western Reserve University, 1969, 49-78

Schilling, St., Scheele, B. & Verres, R.: Die Emotionen von Ärzten in interaktionalen Belastungssituationen: Konstruktion eines Erhebungsverfahrens - Probleme und Perspektiven seiner Anwendung. In: Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1985 (2. Aufl.), 66-71

Schmeling, Ch., Jährig, Ch. & Koch, U.: Sterben im Krankenhaus. Medizin, Mensch, Gesellschaft, 1982, 7, 140-149

Schmidbauer, W.: Krise. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. II. Freiburg: Herder, 1980 (Neuauflage), 1174

Schneider, H.-D.: Aspekte des Alterns. Frankfurt: Athenäum Fischer Taschenbuch, 1974

Schoenberg, B. & Senescu, R.A.: The patient's reaction to fatal illness. In: Schoenberg, B., Carr, A.C., Peretz, D. & Kutscher, A.H. (Eds.): Loss and grief: Psychological management in medical practice. New York: Columbia University, 1970, 221-237

Schoenberg, B., Carr, A.C., Peretz, D. & Kutscher, A.H. (Eds.): Loss and grief: Psychological management in medical practice. New York: Columbia University, 1970

Schraml, W.J. & Baumann, U.: Klinische Psychologie. Bd. 1-2. Bern: Huber, 1974-75

Schubö, W. & Uehlinger, H.-M.: SPSS^{x}: Handbuch der Programmversion 2. Stuttgart: Gustav Fischer, 1984

Schulz, R.: The psychology of death, dying and bereavement. London: Addison-Wesley, 1978

Senn, H.J.: Wahrhaftigkeit am Krankenbett. In: Meerwein, F. (Hrsg.): Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: Huber, 1981 (2. Aufl.), 64-83

Shneidman, E.S. (Ed.): Death: Current perspectives. Palo Alto: Mayfield, 1976

Shneidman, E.S.: Some aspects of psychotherapy with dying persons. In: Garfield, Ch.A. (Ed.): Psychosocial care of the dying patient. New York: Mc Graw-Hill, 1978, 201-218

Shneidman, E.S.: Formen des Sterbens und Thanato-Therapie. In: Spiegel-Rösing, I. & Petzold, H. (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Paderborn: Junfermann, 1984, 237-258

Siegrist, J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie. München: Urban & Schwarzenberg, 1977 (3. Aufl.)

Siegrist, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Enke, 1978

Spiegel, Y.: Der Prozess des Trauerns. München/Mainz: Grünewald/Kaiser, 1977, (3. Aufl.)

Spiegel-Rösing, I.: Landkarten der Thanatologie. Integrative Therapie, 1980, 6, 95-122

Spiegel-Rösing, I.: Der ethische Kontext. In: Spiegel-Rösing, I. & Petzold, H. (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Paderborn: Junfermann, 1984, 31-83

Spiegel-Rösing, I. & Petzold, H. (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Paderborn: Junfermann, 1984

Sporken, P.: Umgang mit Sterbenden. Düsseldorf: Patmos, 1976 (3. Aufl.)

Sporken, P.: Hast du denn bejaht, dass ich sterben muss? Düsseldorf: Patmos, 1981

Sporken, P.: Sterben in Institutionen. Medizin, Mensch, Gesellschaft, 1982, 7, 150-155

Steigerwald, F.: Die empirische Erforschung der Todesangst mit Fragebogen. Medizinische Psychologie, 1980, 6, 54-65

Stephenson, W.: The study of behavior: Q-technique and its methodology. Chicago: University Chicago, 1956 (3rd. ed.)

Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg, 1978 (2. Aufl.)

Struck, K.-G.: Psychisch hilfreiche Bedingungen für krebskranke Patienten (unter besonderer Berücksichtigung von Gesprächsverhalten und Aufklärungsgrad). Dissertation. Universität Hamburg, 1977

Sudnow, D.: Dying in a public hospital. In: Brim, O.G., Freeman, H.E., Levine, S. & Scotch, N.A. (Eds.): The dying patient. New York: Russel Sage Foundation, 1970, 191-208

Thomae, H. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd. II: Allgemeine Psychologie, 2. Halbband: Motivation. Göttingen: Hogrefe, 1965 (2. Aufl.)

Thomae, H. & Feger, H.: Einführung in die Psychologie. Bern: Huber 1969

Thompson, E.H.: Palliative and curative care. Nurses' attitudes toward dying and death in the hospital setting. Omega: Journal of Death and Dying, 1985-86, 16 (3), 233-242

Thurneysen, E.: Die Lehre von der Seelsorge. München: Kaiser, 1948

Thurneysen, E.: Seelsorge im Vollzug. Zürich: Evang. Verlag Zürich, 1968

Tölle, R. (Hrsg.): Seelische Krankeiten und psychosomatische Störungen. München: Urban & Schwarzenberg, 1982

Uexküll, Th. v. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1979

Vetter, G.: Emotionalität und Kognition von Krebskranken im Vergleich zu prognostisch ähnlich andersartig Kranken. Dissertation. Universität Essen, 1982

Viney, L.L. & Westbrook, M.: Is there a pattern of psychological reactions to chronic illness which is associated with death? Omega: Journal of Death and Dying, 1986-87, 17 (2), 169-181

Weisman, A.D.: On dying and denying: A psychiatric study of terminality. New York: Behavioral, 1972

Weisman, A.D.: Misgivings and misconceptions in the psychiatric care of the terminal patients. In: Garfield, Ch.A. (Ed.): Psychosocial care of the dying patient. New York: Mc Graw-Hill, 1978, 185-200

Weisman, A.D. & Hackett, T.P.: Predilection to death: Death and dying as a psychiatric problem. Psychosomatic Medicine, 1961, 23, 232-256

Wendt, W.: Methodik und Wissenschaftlichkeit der Thanato-Psychologie: In: Howe, J. & Ochsmann, R. (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1985 (2. Aufl.), 51-55

West, S.R., Harris, B.J., Warren, A., Wood, H., Montgomery, B. & Belsham, V.: A retrospective study of patients with cancer in their terminal year. New Zealand Medical Journal, 1986, 99 (798), 197-200

Wheelwright, J.H.: The death of a woman. New York: St. Martin's, 1981

Wilson, G.D.: Einstellung. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. I. Freiburg: Herder, 1971, 447-454

Winau, R. & Rosemaier, H.P. (Hrsg.): Tod und Sterben. Berlin: De Gruyter, 1984

Wittkowski, J.: Tod und Sterben. Heidelberg: Quelle & Meyer, 1978

Witzel, L.: Das Verhalten von sterbenden Patienten. Medizinische Klinik, 1971, 66, 577-578

Yates, A.J.: Konflikt. In: Arnold, W., Eysenck, H.J. & Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Bd. II. Freiburg: Herder, 1980 (Neuauflage), 1116-1122

Zapotoczky, H.G. & Nutzinger, D.O.: Psychologie am Krankenbett. Wien: Brüder Hollinek, 1985

Zimmermann, K.: Exit - aktive Sterbehilfe an der Ethik? Schweizerische Ärztezeitung, 1982, 63, 1037-1038

A N H A N G

Inhalt

		Seite
A. Fragebogen der schriftlichen Umfrage		
Fragebogen	A 1	291
B. Untersuchungsmaterial im Bezirksspital		
Patientenbogen 1	B 1	298
Patientenbogen 2	B 2	299
Patientenbogen 3	B 3	300
Patientenbogen 4	B 4	302
Abschlussbogen	B 5	304
Beurteilungsbogen	B 6	305
C. Untersuchungsmaterial im Stadtspital		
Fragebogen	C 1	310
D. Auswertung der schriftlichen Umfrage (Listen, Tabellen)		
Kodierschema für Fragebogen	D 1	312
Häufigkeit des Kontaktes mit Sterbenden	D 2	320
Fehlende Probleme	D 3	321
"Wahrheit am Krankenbett"	D 4	323
Mittelwerte der Untergruppen	D 5	324
Korrelationen (Schriftliche Umfrage - Stadtspital)	D 6	343
Korrelationen (Schriftliche Umfrage - Bezirksspital)	D 7	345

Abkürzungen

Mittelwerte der Untergruppen (S. 324ff.)

1. Ziffern unter den Gruppen-Titeln der Tabellen

ABER (Berufliche Position der Ärzte)	1 = Assistenzarzt 2 = Ober- und Lt. Arzt 3 = Chefarzt	
ALTGRUP (Altersgruppe)	1 = 21-35 Jahre (Ärzte/ Schwestern) 2 = 36-50 Jahre 3 = 51- Jahre	(Pfarrer) 2 = -50 Jahre 3 = 51- Jahre
ARBORT (Arbeitsort)	1 = Stadtspital 2 = Landspital 3 = Externer Arbeitsort	
GESCHL (Geschlecht)	1 = Männlich 2 = Weiblich	
GRUPPE	1 = Ärzte 2 = Schwestern/Pfleger 3 = Pfarrer	
KERN	0 = Restgruppe 1 = Kerngruppe	
KONTAKT	1 = Niedrig (Ärzte/ Schwestern) 2 = Mittel 3 = Hoch	(Pfarrer) 2 = Niedrig + Mittel 3 = Hoch
MEDABT (Medizinische Abteilung)	1 = Chirurgie 2 = Gynäkologie 3 = Innere Medizin 4 = Übrige Abteilungen mit Sterbenden 5 = Anästhesie 6 = Intensivstation 7 = Übrige Abteilungen ohne Sterbende 8 = Geriatrie/Psychiatrie	
PFRBER (Berufliche Position der Pfarrer)	1 = Vollzeittätigkeit 2 = Teilzeittätigkeit	
SRBER (Berufliche Position der Schwestern/Pfleger)	1 = Schwester/Pfleger 2 = Stationsschwester/-pfleger 3 = Ober- und Lt. Schwester/Pfleger 4 = Gemeindekrankenschwester 5 = Schulschwester	

2. Ziffern rechts neben den Tabellen

Die Werte auf der 1. Zeile beziehen sich auf die Korrelation zwischen Umfrage und Stadtspital, die auf der 2. Zeile auf die zwischen Umfrage und Bezirksspital.

P. = Pearsons R (Mass-Korrelation) S. = Spearmans Rho (Rang-Korrelation)

FRAGEBOGEN ÜBER STERBENDE PATIENTEN

VORBEMERKUNGEN

In diesem Fragebogen geht es um die Einschätzung von Problemen sterbender Patienten. Dabei soll die Auseinandersetzung des Patienten mit seinem bevorstehenden Tod erfasst werden. Deshalb wird unter "Sterben" in dieser Untersuchung nicht nur, wie in der Medizin im allgemeinen üblich, der terminale Zustand eines Patienten verstanden. Der Begriff wird vielmehr ausgeweitet und wie folgt definiert:

Ein sterbender bzw. todkranker Patient ist ein (erwachsener) Patient,

- der sich wegen einer Erkrankung (d.h. nicht nur zwecks Diagnosestellung) im Spital befindet,
- der nach medizinischer Diagnose an einer unheilbaren Krankheit leidet,
- dessen Tod in absehbarer Zeit (innerhalb eines Jahres) erwartet wird,
- der über seinen Zustand informiert ist
- und der zum Zeitpunkt der Beurteilung bewusstseinsklar ist.

Es geht also nicht um alle todkranken Patienten, sondern - in bewusster Einschränkung, die vor allem in praktischen Fragen der Untersuchung begründet ist - nur um jene, die die Diagnose ihrer Krankheit durch den Arzt oder aus anderer Quelle kennen bzw. kennen müssten. Ausserdem sollen nur erwachsene Patienten erfasst werden.

Selbstverständlich muss jeder Patient individuell gesehen werden. Welche Probleme ein Todkranker hat, hängt mit seiner Persönlichkeit, seiner Lebensgeschichte, seiner familiären Situation, seinem Alter, Art und Verlauf seiner Krankheit und anderen Faktoren zusammen. Ausserdem können seine Probleme von Tag zu Tag wechseln.

Dennoch scheint es eine Reihe von Problemen zu geben, die sich in gleicher oder ähnlicher Form bei vielen Patienten zeigen. Auf den folgenden Seiten finden Sie dazu eine Reihe von Feststellungen, in denen versucht worden ist, einige dieser Probleme festzuhalten.

Sie sind nun gebeten zu beurteilen, ob diese Problem-Feststellungen zutreffend sind. Gehen Sie dabei davon aus, welche Probleme Ihnen im Laufe Ihrer Tätigkeit bei todkranken Patienten des öfteren begegnet sind.

Falls Ihnen in der Liste der Probleme das eine oder andere Problem fehlt, fügen Sie es im Anschluss an die Feststellungen hinzu.

Wenn Sie der Meinung sind, dass bestimmte Probleme nur auf ganz bestimmte Patienten zutreffen, notieren Sie den spezifischen Bezug am Rand in der entsprechenden Rubrik (z.B. "gilt nur für sehr alte Patienten").

I. FRAGEN ZUM THEMA

1. Was macht todkranken Patienten nach Ihrer Meinung am häufigsten zu schaffen?

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste bei jedem Problem an, wie häufig es bei todkranken Patienten vorkommt. Dabei muss das Problem für den Patienten nicht mit genau den gleichen Worten umschrieben sein; es geht vielmehr um den gleichen Sinn.

Falls Sie der Meinung sind, dass Sie die Frage so nicht beantworten können, gehen Sie bitte über zu Frage 2 auf S. 4.

Problem-Feststellungen	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Sehr selten	Kann nicht beurteilen	Allfällige Bemerkungen
01 Ich mache mir Sorgen, wie meine Familie/mein Angehöriger ohne mich zurecht kommt.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
02 All mein Aufbäumen gegen die Krankheit scheint umsonst gewesen zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
03 Hätte ich vielleicht früher zum Arzt gehen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
04 Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
05 Vielleicht haben sich die Ärzte in der Diagnose meiner Krankheit doch geirrt.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
06 Wie lange werde ich noch leiden müssen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
07 Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
08 Ich frage mich, welchen Sinn mein Leben hatte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
09 Ich habe Angst davor, grosse Schmerzen zu bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
10 Ich muss unbedingt noch etwas erledigen, solange ich noch dazu fähig bin.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	

Problem-Feststellungen	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Sehr selten	Kann nicht beurteilen	Allfällige Bemerkungen
11 Ich muss von dem, was mir lieb ist, immer mehr aufgeben.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
12 Warum trifft es gerade mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
13 Ich kann mit meinem Arzt nicht in Ruhe über das reden, was mich bewegt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
14 Bin ich an meiner Krankheit etwa selbst schuld?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
15 Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
16 Ich hatte noch etwas Bestimmtes im Leben erreichen wollen; das ist nun nicht mehr möglich.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	
17 Ich kann mit meiner Familie/meinen Freunden nicht über meine Sorgen sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
18 Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
19 Ich kann einfach nicht glauben, dass es keine grundsätzliche Besserung mehr geben soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
20 Mich beschäftigt die Frage nach Jenseits und ewigem Leben.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	

Eventuell fehlende Problem-Feststellungen

....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Ich kann die Frage, was todkranken Patienten am häufigsten zu schaffen macht, aus einem der folgenden Gründe nicht beantworten.

Falls Sie den ersten Fragenkomplex nicht beantwortet haben, kreuzen Sie bitte einen oder mehrere der folgenden Sätze an.

40 - Weil ich in meiner Tätigkeit bisher keinen oder zu wenig Kontakt mit todkranken Patienten hatte ☐

41 - Weil ich über die Probleme todkranker Patienten zu wenig weiss, obwohl ich in meiner Tätigkeit Kontakt mit solchen Patienten hatte ☐

42 - Weil über todkranke Patienten überhaupt keine allgemeinen Feststellungen möglich sind, da jeder Patient seinen eigenen unvergleichlichen Tod stirbt ☐

- Aus noch einem anderen Grund (bitte angeben) ☐

.....

.....

II. FRAGEN ZU IHRER PERSON

50 1. Alter (in Jahren): ..... ☐

51 2. Geschlecht: - männlich ..... ☐
- weiblich ..... ☐

52 3. Spital: - Stadtspital (einschliesslich Universitäts- und Kantonsspital) ..... ☐
- Landspital ..... ☐

4. Abteilung:

55 - Anaesthesie ..... ☐
56 - Chirurgie ..... ☐
57 - Dermatologie ..... ☐
58 - Gynäkologie ..... ☐
59 - Innere Medizin ..... ☐
60 - Neurochirurgie ..... ☐
61 - Neurologie ..... ☐
62 - Psychiatrie ..... ☐
63 - Radiologie ..... ☐
64 - Radiotherapie ..... ☐
- Sonstiges (bitte angeben) ☐
.....

75 5. Position:
- Assistenzarzt ..... ☐
- Oberarzt ..... ☐
- Leitender Arzt ..... ☐
- Chefarzt ..... ☐

76 6. Kontakt mit todkranken Patienten
- Sehr oft ..... ☐
- Oft ..... ☐
- Manchmal ..... ☐
- Selten ..... ☐
- Sehr selten ..... ☐

2. Ich kann die Frage, was todkranken Patienten am häufigsten zu schaffen macht, aus einem der folgenden Gründe nicht beantworten.

Falls Sie den ersten Fragenkomplex nicht beantwortet haben, kreuzen Sie bitte einen oder mehrere der folgenden Sätze an.

40 - Weil ich in meiner Tätigkeit bisher keinen oder zu wenig Kontakt mit todkranken Patienten hatte ☐

41 - Weil ich über die Probleme todkranker Patienten zu wenig weiss, obwohl ich in meiner Tätigkeit Kontakt mit solchen Patienten hatte ☐

42 - Weil über todkranke Patienten überhaupt keine allgemeinen Feststellungen möglich sind, da jeder Patient seinen eigenen unvergleichlichen Tod stirbt ☐

- Aus noch einem anderen Grund (bitte angeben) ☐

.....

.....

II. FRAGEN ZU IHRER PERSON

50 1. Alter (in Jahren) ..... ☐

51 2. Geschlecht: - männlich ..... ☐
- weiblich ..... ☐

52 3. Spital: - Stadtspital (einschliesslich Universitäts- und Kantonsspital) ..... ☐
- Landspital ..... ☐

4. Abteilung:

55 - Anaesthesie ..... ☐
56 - Chirurgie ..... ☐
57 - Dermatologie ..... ☐
58 - Gynäkologie ..... ☐
59 - Innere Medizin ..... ☐
60 - Neurochirurgie ..... ☐
61 - Neurologie ..... ☐
62 - Psychiatrie ..... ☐
63 - Radiologie ..... ☐
64 - Radiotherapie ..... ☐
- Sonstiges (bitte angeben) ☐
.....

75 5. Position:
- Schwester/Pfleger ..... ☐
- Stationsschwester/ Stationspfleger ..... ☐
- Oberschwester/Oberpfleger ☐
- Leiter(in) Pflegedienst .. ☐

76 6. Kontakt mit todkranken Patienten
- Sehr oft ..... ☐
- Oft ..... ☐
- Manchmal ..... ☐
- Selten ..... ☐
- Sehr selten ..... ☐

2. Ich kann die Frage, was todkranken Patienten am häufigsten zu schaffen macht, aus einem der folgenden Gründe nicht beantworten.

Falls Sie den ersten Fragenkomplex nicht beantwortet haben, kreuzen Sie bitte einen oder mehrere der folgenden Sätze an.

40 - Weil ich in meiner Tätigkeit bisher keinen oder zu wenig Kontakt mit todkranken Patienten hatte ☐

41 - Weil ich über die Probleme todkranker Patienten zu wenig weiss, obwohl ich in meiner Tätigkeit Kontakt mit solchen Patienten hatte ☐

42 - Weil über todkranke Patienten überhaupt keine allgemeinen Feststellungen möglich sind, da jeder Patient seinen eigenen unvergleichlichen Tod stirbt ☐

- Aus noch einem anderen Grund (bitte angeben) ☐

.....

.....

II. FRAGEN ZU IHRER PERSON

50 1. Alter (in Jahren): ..... ☐

51 2. Geschlecht: - männlich ..... ☐
- weiblich ..... ☐

52 3. Spital: - Stadtspital (einschliesslich Universitäts- und Kantonsspital) ..... ☐
- Landspital ..... ☐

4. Mit Patienten aus welchen Abteilungen haben Sie hauptsächlich zu tun?

56 - Chirurgie ..... ☐
57 - Dermatologie ..... ☐
58 - Gynäkologie ..... ☐
59 - Innere Medizin ..... ☐
60 - Neurochirurgie ..... ☐
61 - Neurologie ..... ☐
62 - Psychiatrie ..... ☐
64 - Radiotherapie ..... ☐
- Sonstiges (bitte angeben) ..... ☐

5. Umfang Ihrer Tätigkeit im Spital:

75
- Vollzeittätigkeit ..... ☐
- Teilzeittätigkeit ..... ☐
- Gemeindepfarramt mit zusätzlichem Spitaldienst .. ☐

76 6. Kontakt mit sterbenden Patienten

- Sehr oft ..... ☐
- Oft ..... ☐
- Manchmal ..... ☐
- Selten ..... ☐
- Sehr selten ..... ☐

77 7. Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert?

- Ja, grundsätzlich ..... ☐
- Nein, grundsätzlich nicht ..... ☐
- Nur wenn die Patienten danach fragen ..... ☐
- Nur in besonders begründeten Fällen ..... ☐
- In noch anderen Fällen (bitte angeben) ..... ☐

.....

III. SONSTIGES

78 1. Ich möchte über die Ergebnisse der Untersuchung informiert werden.

Falls zutreffend, bitte geben Sie Ihren Namen und Ihre Adresse an.

.....

.....

2. Bemerkungen zum Fragebogen und zur Untersuchung

PATIENTENBOGEN (1)

Name: ..... Vorname: .....

Jahrgang: ..... Zimmer: ..... Abt.: - Med. ☐ - Chir. ☐ - Gyn. ☐

Vorinformation: - Informant: .....

- Diagnose: .....

- Sonstiges: .....

.....

Datum: ..... Zeit: ..... Wievielter Besuch: .....

Anwesende Personen: .....

Gespräch beendet: - Durch mich ☐ - Durch Pat. ☐ - Durch Erscheinen von Drittperson ☐

Besondere Umstände: .....

Stimmung/Antrieb des Pat. bzw. Eindruck vom Pat.: .....

.....

Art der Kommunikation: .....

.....

Inhalt des Gespräches:

Sonstiges/Bemerkungen:

Konfrontation mit Problem-Karten: - Ja ☐ - Nein:
- Kontakt noch nicht ausreichend ☐
- Verleugnung/Abwehr des Pat. ☐
- Nicht zugemutet, obwohl möglich, weil ..... ☐
- Sonstiges: ..... ☐

.....

PATIENTENBOGEN (2)

Name: ..... Vorname: .....

Datum der Beurteilung: ..... Im wievielten Gespräch: .....

Umstände der Beurteilung:

- In Anwesenheit von mir .... durchgeführt:
  - Ja ..... ☐
  - Nein ..... ☐
- Mit Hilfestellung durchgeführt:
  - Ja, durch mich:
    - Stark ..... ☐
    - Gering ..... ☐
  - Nein, ohne Hilfe ..... ☐
  - Ja, mit Hilfe anderer ... (bitte angeben) ☐

  .....

Zeitraum der Beurteilung:

- Oberreicht: ..... Uhr
- Abgeholt/ beendet: ..... Uhr

Kooperationsbereitschaft:

- Sofort einverstanden ..... ☐
- Einverstanden ..... ☐
- Zögernd einverstanden ..... ☐
- Sonstiges: ..... ☐

  .....

Information des Pat. über Studie:

- Vor Beurteilung:
  - Nur andeutungsweise ..... ☐
  - Ja, teilweise ..... ☐
  - Ja, ausführlich ..... ☐
- Nach Beurteilung:
  - Nein ..... ☐
  - Ja, teilweise ..... ☐
  - Ja, ausführlich ..... ☐

Beurteilungsbögen:

	Zuständig	Obergeben	Zurück
Ass.-Arzt:	.....	.....	.....
Leit. Arzt:	.....	.....	.....
Abt.-Sr.:	.....	.....	.....
Sr.:	.....	.....	.....

Sonstiges/Bemerkungen:

PATIENTENBOGEN (3)

Name: ..... Zimmer: ..... Datum: .....

	SEHR GROSSES PROBLEM	PROBLEM	KEIN PROBLEM
01 Ich mache mir Sorgen, wie meine Familie / mein Angehöriger ohne mich zurecht kommt.	☐	☐	☐
02 All mein Aufbäumen gegen die Krankheit scheint umsonst gewesen zu sein.	☐	☐	☐
03 Hätte ich vielleicht früher zum Arzt gehen sollen?	☐	☐	☐
04 Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde.	☐	☐	☐
05 Vielleicht haben sich die Ärzte in der Diagnose meiner Krankheit doch geirrt.	☐	☐	☐
06 Wie lange werde ich noch leiden müssen?	☐	☐	☐
07 Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht.	☐	☐	☐
08 Ich frage mich, welchen Sinn mein Leben hatte.	☐	☐	☐
09 Ich habe Angst davor, grosse Schmerzen zu bekommen.	☐	☐	☐
10 Ich muss unbedingt noch etwas erledigen, solange ich noch dazu fähig bin.	☐	☐	☐
11 Ich muss von dem, was mir lieb ist, immer mehr aufgeben.	☐	☐	☐
12 Warum trifft es gerade mich?	☐	☐	☐
13 Ich kann mit meinem Arzt nicht in Ruhe über das reden, was mich bewegt.	☐	☐	☐
14 Bin ich an meiner Krankheit etwa selbst schuld?	☐	☐	☐
15 Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen.	☐	☐	☐
16 Ich hatte noch etwas Bestimmtes im Leben erreichen wollen; das ist nun nicht mehr möglich.	☐	☐	☐
17 Ich kann mit meiner Familie / meinen Freunden nicht über meine Sorgen sprechen.	☐	☐	☐
18 Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt.	☐	☐	☐
19 Ich kann einfach nicht glauben, dass es keine grundsätzliche Besserung mehr geben soll.	☐	☐	☐
20 Ich frage mich, was nach dem Tod kommt.	☐	☐	☐
	1	2	3

Fehlende Probleme

Datum: .....

	SEHR GROSSES PROBLEM	PROBLEM
.....	☐	☐
.....		
.....	☐	☐
.....		
.....	☐	☐
.....	1	2

Sonstiges/Bemerkungen:

PATIENTENBOGEN (4)

Name: ..... Vorname: .....

Geb.datum: ..... Fam.stand: ..... Geschlecht: .....

Beruf: ..... Nationalität: .....

Religion: .....

Adresse:

.....

.....

.....

.....

Nächster Angehöriger:

.....

.....

Religiöse, konfessionelle oder kirchliche Bindung:

- Total (sektiererisch/ missionarisch) ..... ☐
- Stark ..... ☐
- Gering ..... ☐
- Nicht vorhanden (gleichgültig) . ☐
- Religiöse interessiert, obwohl konfessionslos ..... ☐
- Sonstiges ..... ☐

.....

.....

Adresse des Angehörigen: .....

Eintritt: ..... Austritt: ..... Pat.-Nr.: .....

Abteilung: - Med. ☐ - Chir. ☐ - Gyn. ☐ Zimmer: .....

Hauptdiagnose: .....

.....

Nebendiagnosen: .....

.....

.....

Beginn der jetzigen Erkrankung: .....

Frühere Spitalaufenthalte wegen gleicher Erkrankung: .....

.....

Sonstiges/Bemerkungen:

Datum: .....

Entlassen wohin: .....

Zustand bei Entlassung: - Unverändert ..... ☐
- Geheilt ..... ☐
- Gebessert ..... ☐

Spätere Spitalaufenthalte: .....
.....

Wegen welcher Erkrankung: .....
.....

Datum des Todes: ..... Ort des Todeseintritts: .....

Todesursache: .....

Therapeutische Eingriffe und Anwendungen:

Medikamente (Schmerz- und Beruhigungsmittel):

Sonstiges/Bemerkungen:

ABSCHLUSSBOGEN

Lf. Fall-Nr.: .....

Lf. Studien-Nr.: .....

Unterlagen vollständig: ... ☐

Name: ..... Vorname: .....

Abteilung: Med. ☐ Chir. ☐ Gyn. ☐ Jahrgang: .....

Spitalaufenthalt: .....

Besuchsdaten: .....

..... Anzahl Besuche: .....

Problem-Karten vorgelegt: Datum: .....

- Ja ..... ☐
- Nein: - Kontakt nicht ausreichend/Pat. nicht lange genug im Spital ..... ☐
  - Verleugnung/Abwehr des Patienten ..... ☐
  - Patient zu schwer krank ..... ☐
  - Nicht zugemutet, obwohl möglich, weil ..... ☐
    .....
  - Sonstiges ..... ☐
    .....

Beurteilungen liegen vor:

- Ass.-Arzt ..... ☐
- Leit. Arzt ..... ☐
- Schwester: ..... ☐
- Pfarrer/Psychologe ... ☐

Pat.-Bogen 4 (Krankengeschichte) bearbeitet:

- Ja, ganz ..... ☐
- Ja, teilweise ..... ☐

Sonstiges/Bemerkungen Datum: .....

BEURTEILUNGSBOGEN

Name des Pat.: ..... Vorname: .....

Abteilung: - Med. ☐ - Chir. ☐ - Gyn. ☐ Zimmer: .....

Zuständiger Arzt/zuständige Schwester: .....

Datum: ..... Unterschrift des Beurteilenden: .....

Beurteilungsbogen bitte - wenn möglich, bald - in beiliegendem Couvert an mich zurück (Fach von Dr. Mohr). - Auswertung nur durch mich.

Bitte messen Sie die Antworten auf die ersten zwei Fragen an Ihren persönlichen Durchschnittswerten, d.h. daran, welcher Kontakt zwischen Ihnen und Ihren Patienten in der Regel besteht. Dieser Wert entspricht der mittleren Position der Skala.

I. KONTAKT ZUM PATIENTEN

1. Wie oft haben Sie Kontakt mit dem Patienten?

sehr oft	oft	durchschnittlich	selten	sehr selten
☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie würden Sie die Qualität Ihres Kontaktes zum Patienten einstufen?

sehr gut	gut	durchschnittlich	schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

3. Seit wann kennen Sie den Patienten?

- Seit Beginn seines jetzigen Spitalaufenthaltes ..... ☐
- Von einem oder mehreren früheren Spitalaufenthalten seit etwa ..... Jahr(en)/Monat(en) (bitte angeben) ..... ☐
- Aus persönlicher Bekanntschaft seit etwa ..... Jahr(en)/Monat(en) (bitte angeben) ..... ☐
- Erst kurz seit etwa ..... Tag(en) (bitte angeben) ..... ☐

Sonstiges/Bemerkungen

II. AUSEINANDERSETZUNG DES PATIENTEN MIT TOD UND STERBEN

4. Setzt sich der Patient mit Tod und Sterben auseinander?

- Ja, direkt (z.B. Frage nach Lebensdauer) ..... ☐
- Ja, indirekt (z.B. Bemerkung über den Sinn des Lebens) ..... ☐
- Vermutlich schon, aber nicht mir gegenüber ..... ☐
- Nein (vermeidet Thema) ..... ☐
- Kann ich nicht beurteilen ..... ☐

(Falls Frage 4 mit Ja beantwortet)

5. Wie oft setzt sich der Patient mit Tod und Sterben auseinander?

- Oft ..... ☐
- Gelegentlich ..... ☐
- Selten ..... ☐

---

6. Was macht nach Ihrer Beobachtung dem Patienten zu schaffen?

(Falls Sie zu dieser Frage keinerlei Aussage machen können, gehen Sie bitte über zu Frage 7 auf S. 4.)

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste bei jedem der angeführten Probleme an, ob - und wenn ja, in welchem Ausmass - es für den Patienten eine Rolle spielt.

Beachten Sie dabei folgende Unterscheidung:

[x] = *Ich bin mir in meiner Beurteilung sicher, d.h. es ist aus Äusserungen oder Verhaltensweisen des Patienten eindeutig ersichtlich, dass das Problem für ihn eine bzw. keine Rolle spielt.*

[x]* = *Ich bin mir in meiner Beurteilung nicht sicher, aber ich habe aufgrund indirekter Äusserungen oder bestimmter Verhaltensweisen des Patienten die Vermutung, dass das Problem für ihn eine bzw. keine Rolle spielt.*

Die Rubrik "KANN ICH NICHT BEURTEILEN" bedeutet demnach: Ich habe weder eine Vermutung noch bin ich mir sicher, ob das Problem für den Patienten eine bzw. keine Rolle spielt.

Liste der Probleme: Siehe folgende Seite.

- 3 -

[x] = *Ich bin mir sicher.*
[x]* = *Ich habe die Vermutung.*

Probleme

		SEHR GROSSES PROBLEM	PROBLEM	KEIN PROBLEM	KANN ICH NICHT BEURTEILEN
01	Ich mache mir Sorgen, wie meine Familie / mein Angehöriger ohne mich zurecht kommt.	☐	☐	☐	☐
02	All mein Aufbäumen gegen die Krankheit scheint umsonst gewesen zu sein.	☐	☐	☐	☐
03	Hätte ich vielleicht früher zum Arzt gehen sollen?	☐	☐	☐	☐
04	Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde.	☐	☐	☐	☐
05	Vielleicht haben sich die Ärzte in der Diagnose meiner Krankheit doch geirrt.	☐	☐	☐	☐
06	Wie lange werde ich noch leiden müssen?	☐	☐	☐	☐
07	Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht.	☐	☐	☐	☐
08	Ich frage mich, welchen Sinn mein Leben hatte.	☐	☐	☐	☐
09	Ich habe Angst davor, grosse Schmerzen zu bekommen.	☐	☐	☐	☐
10	Ich muss unbedingt noch etwas erledigen, solange ich noch dazu fähig bin.	☐	☐	☐	☐
11	Ich muss von dem, was mir lieb ist, immer mehr aufgeben.	☐	☐	☐	☐
12	Warum trifft es gerade mich?	☐	☐	☐	☐
13	Ich kann mit meinem Arzt nicht in Ruhe über das reden, was mich bewegt.	☐	☐	☐	☐
14	Bin ich an meiner Krankheit etwa selbst schuld?	☐	☐	☐	☐
15	Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen.	☐	☐	☐	☐
16	Ich hatte noch etwas Bestimmtes im Leben erreichen wollen; das ist nun nicht mehr möglich.	☐	☐	☐	☐
17	Ich kann mit meiner Familie / meinen Freunden nicht über meine Sorgen sprechen.	☐	☐	☐	☐
18	Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt.	☐	☐	☐	☐
19	Ich kann einfach nicht glauben, dass es keine grundsätzliche Besserung mehr geben soll.	☐	☐	☐	☐
20	Ich frage mich, was nach dem Tod kommt.	☐	☐	☐	☐
		1	2	3	4

- 4 -

Eventuell fehlende Probleme

	SEHR GROSSES PROBLEM	PROBLEM
.....	☐	☐
.....		
.....	☐	☐
.....		
.....	☐	☐
.....		

Sonstiges/Bemerkungen

---

7. Ich kann Frage 6 nicht beantworten, weil mir über die Probleme des Patienten überhaupt nichts bekannt ist. ☐

III. DIE ROLLE DES ARZTES / DER SCHWESTER BEI DER AUSEINANDERSETZUNG DES PATIENTEN MIT TOD UND STERBEN

8. Haben Sie von sich aus dem Patienten gegenüber das Thema Tod und Sterben angesprochen?

- Im Zusammenhang mit der Erstinformation des Patienten über seine Erkrankung:
  - Ja, direkt ..... ☐
  - Ja, indirekt ..... ☐
  - Nein ..... ☐
- Im Verlauf des Spitalaufenthaltes des Patienten:
  - Ja, direkt: - Einmal .... ☐ Ja, indirekt: - Einmal ..... ☐
    - Mehrmals .. ☐ - Mehrmals ... ☐
  - Nein ..... ☐

Sonstiges/Bemerkungen

(Falls Frage 8 mit Ja beantwortet)

9. Wie hat der Patient darauf reagiert, dass Sie das Thema Tod und Sterben ihm gegenüber angesprochen haben?

Der Patient hat das Thema aufgenommen:

- Im Zusammenhang mit der Erstinformation: - Ja ..... ☐
  - Nein ..... ☐
- Bei späterem Ansprechen (bei mehrmaligem Ansprechen durchschnittliche Reaktion): - Ja ..... ☐
  - Nein ..... ☐

Sonstiges/Bemerkungen

IV. DIE PSYCHO-PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG DES PATIENTEN DURCH SEINE KRANKHEIT

10. Wie stark ist die Beeinträchtigung des Patienten durch Schmerzen?

sehr stark	stark	mittelmässig	wenig	sehr wenig
☐	☐	☐	☐	☐

11. Wie stark ist die Beeinträchtigung des Patienten durch körperliche Schwäche?

sehr stark	stark	mittelmässig	wenig	sehr wenig
☐	☐	☐	☐	☐

12. Wie stark ist die psychische Beeinträchtigung des Patienten?

12.1 Hat der Patient Bewusstseinsstörungen?

- Ja: - Gelegentlich/schwach ausgeprägt ..... ☐
  - Öfter/stärker ausgeprägt ..... ☐
- Nein ..... ☐

12.2 Hat der Patient Denk- oder Orientierungsstörungen?

- Ja: - Gelegentlich/schwach ausgeprägt ..... ☐
  - Öfter/stärker ausgeprägt ..... ☐
- Nein ..... ☐

Sonstiges/Bemerkungen

FRAGEBOGEN OBER STERBENDE PATIENTEN

In diesem Fragebogen geht es um die Einschätzung von Problemen sterbender Patienten. Dabei soll die Auseinandersetzung des Patienten mit seinem bevorstehenden Tod erfasst werden. Deshalb wird unter "Sterben" in dieser Untersuchung nicht nur, wie in der Medizin im allgemeinen Üblich, der terminale Zustand eines Patienten verstanden. Der Begriff wird vielmehr ausgeweitet und wie folgt definiert:

Ein sterbender bzw. todkranker Patient ist ein (erwachsener) Patient,

- der sich wegen einer Erkrankung (d.h. nicht nur zwecks Diagnosestellung) im Spital befindet,
- der nach medizinischer Diagnose an einer unheilbaren Krankheit leidet,
- dessen Tod in absehbarer Zeit (innerhalb eines Jahres) erwartet wird,
- der über seinen Zustand informiert ist
- und der zum Zeitpunkt der Beurteilung bewusstseinsklar ist.

FRAGEN ZUR PERSON DES PATIENTEN Datum: .....

Name: ..... Vorname: .....

Geb.datum: ..... Geschlecht: .....

Fam.stand: ..... Beruf: .....

Religion: ..... Nationalität: .....

Hauptdiagnose: .....

.....

ART DES ZUSTANDEKOMMENS DER ANTWORTEN (z.B. Befragung durch Arzt/Schwester)

FEHLENDE PROBLEME (PROBLEME, DIE VOM PATIENTEN ZUSÄTZLICH GENANNT WERDEN)

SONSTIGES/BEMERKUNGEN

BEDEUTEN DIE FOLGENDEN FRAGEN FOR SIE EIN PROBLEM ODER NICHT?
(WENN JA: IST ES FOR SIE EIN SEHR GROSSES ODER EIN WENIGER GROSSES PROBLEM?)

	SEHR GROSSES PROBLEM	PROBLEM	KEIN PROBLEM	
01 Ich mache mir Sorgen, wie meine Familie / mein Angehöriger ohne mich zurecht kommt.	☐	☐	☐	01
02 All mein Aufbäumen gegen die Krankheit scheint umsonst gewesen zu sein.	☐	☐	☐	02
03 Hätte ich vielleicht früher zum Arzt gehen sollen?	☐	☐	☐	03
04 Ich habe den Eindruck, dass ich von meiner Umgebung gemieden werde.	☐	☐	☐	04
05 Vielleicht haben sich die Ärzte in der Diagnose meiner Krankheit doch geirrt.	☐	☐	☐	05
06 Wie lange werde ich noch leiden müssen?	☐	☐	☐	06
07 Ich komme mit den Schwestern gar nicht zurecht.	☐	☐	☐	07
08 Ich frage mich, welchen Sinn mein Leben hatte.	☐	☐	☐	08
09 Ich habe Angst davor, grosse Schmerzen zu bekommen.	☐	☐	☐	09
10 Ich muss unbedingt noch etwas erledigen, solange ich noch dazu fähig bin.	☐	☐	☐	10
11 Ich muss von dem, was mir lieb ist, immer mehr aufgeben.	☐	☐	☐	11
12 Warum trifft es gerade mich?	☐	☐	☐	12
13 Ich kann mit meinem Arzt nicht in Ruhe über das reden, was mich bewegt.	☐	☐	☐	13
14 Bin ich an meiner Krankheit etwa selbst schuld?	☐	☐	☐	14
15 Ich werde immer hilfloser und bin selbst bei kleinen Dingen auf Unterstützung angewiesen.	☐	☐	☐	15
16 Ich hatte noch etwas Bestimmtes im Leben erreichen wollen; das ist nun nicht mehr möglich.	☐	☐	☐	16
17 Ich kann mit meiner Familie / meinen Freunden nicht über meine Sorgen sprechen.	☐	☐	☐	17
18 Ich habe im Leben vieles falsch gemacht; das bedrückt mich jetzt.	☐	☐	☐	18
19 Ich kann einfach nicht glauben, dass es keine grundsätzliche Besserung mehr geben soll.	☐	☐	☐	19
20 Mich beschäftigt die Frage nach Jenseits und ewigem Leben.	☐	☐	☐	20
	1	2	3	

KODIERUNG FOR FRAGEBOGEN OBER STERBENDE PATIENTEN

1. Was macht todkranken Patienten nach Ihrer Meinung am häufigsten zu schaffen?

Allfällige Bemerkungen (Item 01 - 20)

A. Verstehensweise der Bemerkungen bzw. Grad der Einschränkungen

01 Betrifft ausschliesslich bestimmte Patienten

- Gilt für ...
- Bei ...
- Von ...
- Bis zum (Erreichen eines bestimmtes Zustandes) ... (Umkehrschluss)
- Nur bei ...
- Ausschliesslich bei ...
- Nicht bei ... (Umkehrschluss)
- (Ohne Präposition: z.B. "Raucher")

02 Betrifft überwiegend bestimmte Patienten

- Am ehesten bei ...
- Typisch für ...
- Häufig(er) bei ...
- Besonders bei ...
- Vor allem bei ...
- Eher bei ...
- Oft bei ...
- Je ... desto ...

03 Betreffen hängt von bestimmten Bedingungen ab

- (Sehr) abhängig von ...
- Falls vorhanden ...
- Je nach ...
- Hängt davon ab ...
- Frage nach ...
- Kommt darauf an ...

04 Betrifft Art und Weise von Problem-Erkenntnis bzw. Beurteilung

- Nicht offen ausgesprochen
- Wird vermutlich häufiger gedacht
- Muss von einer anderen Person beurteilt werden
- Wird selten mit Antwortendem besprochen
- Wird vermutlich öfter mit XY besprochen

Kodierung (2)

B. Inhalt der Bemerkungen bzw. Einschränkungen

1. Alter

11 Abhängig vom Alter
12 Jüngeres Alter
13 Mittleres Alter
14 Älteres Alter
15 Jüngeres und mittleres Alter

2. Geschlecht

21 Abhängig vom Geschlecht
22 Männlich
23 Weiblich

3. Familienstand

31 Abhängig vom Familienstand
32 Ledig/alleinstehend/verwitwet
33 Verheiratet
34 Verheiratet mit (nicht erwachsenen Kindern)

4. Familiäre, berufliche und soziale Situation

41 Abhängig von familiärer oder beruflicher Situation bzw. Herkunft
42 Gute Partnerschaft bzw. Familienverhältnisse
43 Partnerschaft unter erschwerten Verhältnissen bzw. schwierige familiäre Verhältnisse
44 Berufliche Selbständigkeit
45 Wohnung in Stadt oder Land
46 Ungeklärte finanzielle Situation (Erbe, Testament)

5. Lebensstil/Persönlichkeit

51 Abhängig von Lebensstil oder Persönlichkeit
52 Aktivität/Vitalität/Extraversion
53 Intelligenz/Differenzierungsfähigkeit/höhere Bildung
54 Problembewusstsein/Auseinandersetzung mit Tod im Leben
55 Religiosität/Gläubigkeit
56 Neurotizismus
57 Geringe Zufriedenheit
58 Vermeidung von Vorsorge
59 Raucher

6. Art der Erkrankung

61 Abhängig von Art der Erkrankung
62 Carzinom-Erkrankung
63 Herz-Erkrankung
64 Erkrankung der Atmungsorgane
65 Erkrankung der Haut
66 Patienten auf Intensiv-Station
67 Langsam alternde Pat./Degenerative Erkrankung/Chronisches Leiden/Ansteckende Erkrankung

7. Verlauf der Erkrankung

71 Abhängig von Verlauf/Dauer/Schweregrad
72 Physische Veränderungen (u.a. Geruch)
73 Psychische Veränderungen
74 Schmerzen/Einschränkungen
75 Geistige Wachheit
76 Subjektives Wohlbefinden
77 Remissionen/Rezidive
78 End-Stadium
79 Ganze Zeit der Erkrankung ohne End-Stadium

8. Phasen der Erkrankung

81 Abhängig von Phase/Nur in bestimmten Phasen
82 Erste Phase/Anfangs-Stadium/nach Diagnosestellung/Verdrängung
83 Frühe Phasen
84 Durchgangsphase
85 Auseinandersetzung mit Sterben
86 Resignationsphase/Depression
87 Späte(re) Phase(n)
88 Akzeptanz-Phase
89 Alle Phasen ausser Akzeptanz

9. Kommunikation und Interaktion

91 Abhängig von Ärzten
92 Abhängig von Schwestern
93 Abhängig von Ärzten und Schwestern
94 Abhängig von Angehörigen
95 Nicht-adäquates Verhalten von Ärzten
96 Nicht-adäquates Verhalten von Schwester
97 Nicht-adäquates Verhalten von Angehörigen
98 Nicht-adäquates Verhalten von Umgebung
99 Fehlende Information der Angehörigen

Kodierung (3)

Eventuell fehlende Problem-Feststellungen (Item 21ff.)

---

21 Krankheit und Tod

21.1 Passive Euthanasie/Wunsch nach schnellem Tod/Angst vor lebensverlängernden Massnahmen (Angst, Versuchsobjekt zu werden; keine weiteren Therapien)

21.2 Aktive Euthanasie/Suicid (Sinnlosigkeit des Lebens)

21.3 Frage nach Geschehen im Moment des Todes (Art der Todesursache)

21.4 Angst bzw. Ekel vor physischen Veränderungen (z.B. infolge von Operationen oder Therapien)

21.5 Angst vor psychischen Veränderungen (geistiger Zerfall)

21.6 Gefühl von zu später oder falscher medizinscher Behandlung

21.7 Wunsch nach neuen oder alternativen Therapien

21.8 (Diffuse) Angst/Verzweiflung/Lähmung angesichts des bevorstehenden Todes

21.9 Frage: Wie lange lebe ich noch? (Wieviel Zeit habe ich noch?)

22 Interaktion und Kommunikation mit Angehörigen

22.1 Angst vor isoliertem Sterben

22.2 Wunsch nach Sterben ohne Begleitung

22.3 Wunsch, zu Hause sterben zu können

22.4 Gefühl von Isolation, Entfremdung, Passivität

22.5 Wunsch, noch einmal nach Hause zu können

22.6 Wunsch, ganze Familie noch einmal zu sehen

22.7 Wunsch nach Mitbeteiligung von Angehörigen bei Pflege / Übernachten im Spital

22.8 Befürchtung, Angehörigen bzw. Personal zur Last zu fallen

22.9 Sorge wegen Spannungen innerhalb von Familie

23 Interaktion und Kommunikation mit Spitalpersonal

23.1 Problematische Beziehung zu Personal (Enttäuschungen; plötzliches Obergangenwerden) bzw. Wunsch nach empathischer Beziehung (u.a. wegen Hilfe bei Bewältigung von Situation)

23.2 Wunsch nach Kontakt mit Pfarrer

23.3 Gefühl von Entmündigung, Entpersonalisierung oder fehlender Mitbestimmung

23.4 Gefühl von zuviel Unruhe und Hektik (Wunsch nach Rücksichtnahme)

Kodierung (4)

24 Information gegenüber Patient

24.1 Wunsch nach Schonung vor Information (Keine Gespräche über Sterben)

24.2 Befürchtung wegen fehlender, unrichtiger oder unzureichender Information (Angst vor Schonung bzw. falschem Mitleid)

24.3 Wunsch nach Unterlassung der Information gegenüber Angehörigen

25 Lebensstil und Persönlichkeit

25.1 Gefühl fehlender geistiger Vorbereitung auf Sterbeprozess während des Lebens

25.2 Negative Lebensbilanz

25.3 Trauer über Verlust des "wohlverdienten Lebensabends"

25.4 Theodizee-Problem (Warum von Gott verlassen, bestraft?)

25.5 Wunsch nach Wirkung über Tod hinaus (Sorge um Nachwirkung)

25.6 Sorge um Besitz und Erbe

25.7 Wunsch nach Hilfeleistung durch eigene Krankheit (Autopsie, Organentnahme)

25.8 Soll ich noch weiter gegen die Krankheit kämpfen?

2. Ich kann die Frage, was todkranken Patienten am häufigsten zu schaffen macht, aus einem der folgenden Gründe nicht beantworten (Item 40).

---

1 Weil ich in meiner Tätigkeit bisher keinen oder zu wenig (häufigen) Kontakt mit (erwachsenen) todkranken Patienten (im generellen Sinn) hatte.

2 Weil ich über die Probleme todkranker Patienten (im Sinne des Fragebogens) zu wenig weiss, obwohl ich in meiner Tätigkeit Kontakt mit solchen Patienten hatte (d.h. obwohl entsprechendes Wissen möglich wäre).

3 Weil über todkranke Patienten überhaupt keine allgemeinen Feststellungen möglich sind, da jeder Patient seinen eigenen unvergleichlichen Tod stirbt.

4 Weil die todkranken Patienten meines Tätigkeitsbereiches nicht der Definition von todkranken Patienten des Fragebogen entsprechen (Psychiatrie, Geriatrie, Neurochirurgie, Intensiv/Operation, kath. Seelsorge u.a.).

5 Weil meine Kontakte zu todkranken Patienten aufgrund meiner speziellen Tätigkeit zu wenig intensiv sind (Radiologie, Anaesthesie, Rettungsdienst, Lehrtätigkeit u.a.).

Kodierung (5)

6 Weil die todkranken Patienten meines Tätigkeitsbereiches keine erwachsenen Patienten sind (Pädiatrie, Neonatalogie).

7 Weil meine Erfahrungen im Spital mit todkranken Patienten zu weit zurückliegen.

8 Weil die Probleme der todkranken Patienten meines Tätigkeitsbereiches so speziell sind, dass sie nicht verallgemeinert werden können (z.B. Dialyse; persönliche Einzelfälle).

9 Weil die Probleme sterbender Patienten zu sehr von bestimmten Faktoren (wie z.B. Alter, Dauer und Art der Erkrankung) abhängig sind bzw. sich im Laufe der Erkrankung zu sehr verändern, als dass sie ohne weiteres verallgemeinert werden können.

10 Restkategorie

II. Fragen zu Ihrer Person

3. Spital (Item 52)

1 Stadtspital
2 Landspital
3 Privatspital
4 Kranken- und Pflegeheim/ Altenheim (Erwachsene)
5 Kranken- und Pflegeheim (Kinder)
6 Gemeinde-Krankenpflege-Station
7 Sonstige spitalexterne Tätigkeit (Privatpflege, Gesundheitsdienst, Mütterberatung, Ärzte-Notfallzentrale, Betriebssozialdienst, Versicherungsmedizin, Stadtärztlicher Dienst, Gerichtsmedizin, Schulärztlicher Dienst u.a.)
8 Praxis
9 Schwestern- oder Krankenpflegeschule
10 Restkategorie (u.a. unbekannter Arbeitsort)
11 Stadt- und Landspital/Spital und anderer Arbeitsort

4. Abteilung (Item 55)

1 Anaesthesie
2 Chirurgie
3 Dermatologie
4 Gynäkologie
5 Innere Medizin
6 Neurochirurgie
7 Neurologie
8 Psychiatrie (Sozial-Psychiatrie, Psychiatrische Konsiliardienst, Psychotherapie-Station)
9 Radiologie
10 Radiotherapie (Nuklearmedizin)
11 Geburtshilfe (Gebärabteilung, Wochenbett, Neonatalogie)
12 Geriatrie (Pflegeabteilung)
13 Intensiv-Station (Reanimation)
14 Kieferchirurgie
15 Nephrologie / Dialyse
16 Onkologie
17 Operation / Notfall
18 Ophthalmologie
19 Orthopädie
20 Otorhinolaryngologie (ORL)
21 Pädiatrie (Kinder-Psychiatrie, Kinderheim, Kinderkrippe)

Kodierung (6)

22 Pathologie
23 Rheumatologie
24 Urologie
25 Lehrtätigkeit (Weiterbildung)
26 Spitalinterne Restkategorie (Dauernachtwache, Isolierabteilung, Labor, Technik, Sterilpflege, Materialbeschaffung u.a., Gesundheitsschwester)
27 Gemeinde-Krankenpflege
28 Spitalexterne Restkategorie Gerichtsmedizin, Sozial- und Präventivmedizin, Stadtärztlicher Dienst, Versicherungsmedizin, Mütterdienst, Rettungsdienst, spitalexterne Pflege und Beratung, Sozialdienst, Privatpflege, Gesundheitswesen u.a.
29 Allgemeine Medizin

5. Position (Item 75)

Ärzte

1 Assistenzarzt
2 Oberarzt (u.a. Konsiliarius)
3 Leitender Arzt
4 Chefarzt
5 Belegarzt
6 Hausarzt
7 Restkategorie (u.a. Schularzt, Versicherungsarzt)

Schwestern

1 Schwester/Pfleger (Hebamme)
2 Stations-Schwester
3 Ober-Schwester
4 Leiterin Pflegedienst
5 Leiterin Kranken- und Pflegeheim/Altersheim
6 Gemeinde-Krankenschwester
7 Sonstige spitalexterne Position
8 Schul- bzw. Krankenpflege-Schwester (Lehrerin)
9 Leiterin Schwestern-Schule
10 Spitalinterne Restkategorie

7. Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert? (Item 77)

---

1 Ja, grundsätzlich

2 Nein, grundsätzlich nicht

3 Nur wenn die Patienten danach fragen (bzw. den Eindruck erwecken, dass sie an Information interessiert sind)

4 Nur in besonders begründeten Fällen (z.B. vor Operationen oder einschneidenden Therapien)

5 Grundsätzlich ja, sofern dem Patienten zumutbar (meistens, mit Ausnahmen, wenn möglich)

Kodierung (7)

6 Sofern dem Patienten zumutbar (von Patient zu Patient verschieden individuell verschieden)

7 Je nach Wunsch der Angehörigen (falls die Angehörigen nicht dagegen sind, sofern es die sozialen Umstände nötig machen)

8 Die Patienten werden gefragt, was sie wissen wollen (Patienten werden gedrängt zu fragen; falls die Patienten auf das Informationsangebot eingehen) (Initiative geht vom Arzt aus)

9 Ja, aber nur sehr indirekt oder unvollständig / Ja, aber erst im Laufe der Zeit

10 Von Arzt zu Arzt bzw. Abteilung zu Abteilung bzw. Spital zu Spital verschieden

11 Information wegen des Zustandes der Patienten meist nicht möglich oder nötig (Geriatrie, Psychiatrie, Neurochirurgie, Intensiv-Station u.a.)

12 Frage für spezifischen Tätigkeitsbereich irrelevant (Radiologie, Anästhesie ua.)

13 Unbekannt / Nur Vermutungen vorhanden

14 Ja, weil das Pflegepersonal darauf besteht

15 Restkategorie

Kodierung (8)

III. Sonstiges

Ich möchte über die Ergebnisse der Untersuchung informiert werden

0 Nein, nicht erwünscht

1 Ja, erwünscht

Bemerkungen zum Fragebogen und zur Untersuchung

0 Keine

1 Zu einzelnen Problem-Feststellungen oder generell zu allen Problem-Feststellungen (im Sinne eines Vorbehalts) und zu fehlenden Problem-Feststellungen, sofern mehr als Bemerkung zu Problem 07 oder 13. (Betrifft nur Bemerkungen, die nicht bereits kodiert wurden.)

2 Zu einzelnen anderen Items. (Betrifft nur Bemerkungen, die nicht bereits codiert wurden.)

3 An vorgesehener Stelle auf S. 5 oder in Form eines Briefes oder auf S. 1 (sofern Bemerkung nur oder zusätzlich auf S. 1: Kodierung mit 3*)

4 Zu einzelnen Problem-Feststellungen bzw. fehlenden Problem-Feststellungen und zu einzelnen Items

5 Zu einzelnen Problem-Feststellungen bzw. fehlenden Problem-Feststellungen und auf S. 5 bzw. in Form eines Briefes

6 Zu einzelnen Items und auf S. 5 bzw. in Form eines Briefes

7 Zu einzelnen Problem-Feststellungen bzw. fehlenden Problem-Feststellungen und zu einzelnen Items und auf S. 5 bzw. in Form eines Briefes

PROZENTSATZ DER BEFRAGTEN, DIE IHREN KONTAKT MIT STERBENDEN ALS "HOCH" EINSCHÄTZEN

	GESAMT	ÄRZTE (GESAMT)	SCHWESTERN (GESAMT)	PFARRER (GESAMT)	KERN	ÄRZTE (KERN)	SCHWESTERN (KERN)	PFARRER (KERN)	ÄRZTE (REST)	SCHWESTERN (REST)
GESCHLECHT										
- Männlich	47.2	47.6	40.5	51.4	56.5	58.1	46.2	----	24.7	37.9
- Weiblich	55.4	43.2	56.8	40.0	63.6	55.6	64.3	----	23.5	49.6
ALTER										
- 21-35 Jahre	53.8	45.7	60.4	----	60.4	55.7	65.6	----	15.4	54.0
- 36-50 Jahre	48.0	44.9	47.2	57.7	57.5	54.4	57.8	61.9	31.7	41.5
- 51- Jahre	51.5	56.4	51.3	40.0	62.5	81.0	58.1	41.7	27.8	46.7
ARBEITSORT										
- Stadtspital	54.5	45.3	64.1	64.7	63.3	56.3	70.0	73.3	23.1	51.5
- Landspital	49.4	51.0	50.4	36.4	54.7	60.8	53.2	36.8	14.3	43.6
- Extern	53.8	----	52.6	----	----	----	----	----	----	52.6
MEDIZINISCHE ABT.										
- Innere Medizin	82.1	81.7	83.1	----	83.8	81.4	87.7	----		
POSITION[1)]										
- Assistenzarzt		44.9				53.7			17.3	
- Oberarzt		47.8				61.5			30.0	
- Chefarzt		57.5				78.3			29.4	
- Schwester			59.9				60.5*			47.5
- Stationsschwester			68.5				73.0			58.6
- Oberschwester			59.6				54.2			63.6
- Gemeindeschwester			76.7				----			76.7
- Schulschwester			27.1				----			27.1
- Vollzeitpfarrer				75.0				81.8		
- Teilzeitpfarrer				40.0				39.1		

1) Bei der Gesamt- und der Kerngruppe können hier keine Angaben gemacht werden, da die entsprechenden Angaben naturgemäss nur nach Berufsgruppen aufgeschlüsselt vorliegen.

FEHLENDE PROBLEME

	FEHLENDES PROBLEM	N (GESAMT)	N (KERN)	THEMA
1	Passive Euthanasie (Wunsch nach schnellem Tod / Angst vor lebensverlängernden Massnahmen (Angst, Versuchsobjakt zu werden; keine weiteren Therapien)	18	12	K/T
2	Wunsch, zu Hause sterben zu können	16	9	I(A)
3	Gefühl von Isolation, Entfremdung, Passivität	15	10	I(A)
4	Befürchtung, Angehörigen (bzw. Personal) zur Last zu fallen	12	9	I(A)
5	Wunsch nach neuen oder alternativen Therapien	11	7	K/T
6	Aktive Euthanasie (Suicid, Sinnlosigkeit des Lebens)	10	10	K/T
7	Diffuse Angst (Verzweiflung / Lähmung angesichts des Todes)	10	5	K/T
8	Problematische Beziehung zu Personal (Enttäuschung / plötzliches Übergangenwerden) bzw. Wunsch nach empathischer Beziehung	10	4	I(P)
9	Gefühl von zu später oder falscher medizinischer Behandlung	9	6	K/T
10	Frage nach Geschehen im Moment des Todes (Art der Todesursache)	8	5	K/T
11	Befürchtung wegen fehlender, unrichtiger oder unzureichender Information (Angst vor Schonung bzw. falschem Mitleid)	8	7	I(I)
12	Angst bzw. Ekel vor physischen Veränderungen (z.B. infolge von Operationen oder Therapien)	7	4	K/T
13	Frage: Wie lange lebe ich noch? (Wieviel Zeit habe ich noch?)	7	4	K/T
14	Theodizee-Problem (Warum von Gott verlassen, bestraft?)	7	6	P/L
15	Angst vor isoliertem Sterben	6	2	I(A)
16	Wunsch, noch einmal nach Hause zu können	5	5	I(A)

F E H L E N D E P R O B L E M E (Fortsetzung)

17	Sorge um Besitz und Erbe	5	1	P/L
18	Gefühl von Entmündigung, Entpersonalisierung, fehlender Mitbestimmung	4	2	I(P)
19	Wunsch nach Schonung vor Information (Keine Gespräche über Sterben)	4	3	I(I)
20	Trauer über Verlust des "wohlverdienten Lebensabends"	4	4	P/L
21	Angst vor psychischen Veränderungen (geistiger Zerfall)	3	3	K/T
22	Gefühl fehlender geistiger Vorbereitung auf Sterbeprozess während des Lebens	3	-	P/L
23	Soll ich noch weiter gegen Krankheit ankämpfen?	3	1	P/L
24	Wunsch nach Mitbeteiligung von Angehörigen bei Pflege (u.a. Übernachten im Spital)	2	2	I(A)
25	Wunsch nach Kontakt mit Pfarrer	2	2	I(P)
26	Gefühl zu zuviel Unruhe und Hektik (Wunsch nach Rücksichtnahme)	2	1	I(P)
27	Wunsch nach Unterlassung der Information von Angehörigen	2	2	I(I)
28	Wunsch nach Wirkung über Tod hinaus (Sorge um Image)	2	-	P/L
29	Zur-Verfügung-Stellen für medizinische Untersuchungen nach Tod (Autopsie, Organentnahme)	2	1	P/L
30	Wunsch nach Sterben ohne Begleitung	1	1	I(A)
31	Wunsch, ganze Familie noch einmal zu sehen	1	1	I(A)
32	Sorgen wegen Spannungen innerhalb von Familie	1	-	I(A)
33	Negative Lebensbilanz	1	1	P/L

K/T = Krankheit und Tod
I(A) = Interaktion mit Angehörigen
I(P) = Interaktion mit Personal
I(I) = Interaktion (Information)
P/L = Persönlichkeit/Lebensstil

K/T = 84 (41.0%)
I = 92 (44.9%)
P/L = 29 (14.1%)

Gesamt:
- Ärzte: 82 (39%) (= 20.8% aller Ä.)
- Schwestern: 108 (53%) (= 19.0% aller Sr.)
- Pfarrer: 15 (7%) (= 35.7% aller Pfr.)

205 130

K/T = 84(56) = 41.0% (43.1%)
I(A) = 59(39) = 28.8% (30.0%)
I(P) = 18(9) = 8.8% (6.9%)
I(I) = 15(12) = 7.3% (9.2%)
P/L = 29(14) = 14.1% (10.8%)
205(130) = 100.0% (100.0%)

Werden die todkranken Patienten Ihrer Abteilung über ihre Diagnose informiert?

	GESCHLECHT (1)	(2)	ALTERSGRUPPE (1)	(2)	(3)	ARBEITSORT (1)	(2)	(3)	BERUFLICHE POSITON (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	KONTAKT (1)	(2)	(3)	MEDIZINISCHE ABTEILUNG (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
GESAMT																								
(1) Immer	47.1	43.4	49.0	41.5	34.9	45.2	47.6	34.7						46.8	44.9	44.5	34.9	70.0	53.4	40.0	47.4	29.6	51.9	44.6
(2) Möglichst	15.2	13.6	15.6	11.4	15.1	14.2	15.7	12.5						10.6	13.4	15.3	12.8	10.0	15.7	23.3	15.8	18.5	3.7	8.9
(3) Evtl.	31.6	37.7	31.4	40.3	40.7	36.1	30.0	41.7						33.0	35.8	35.4	48.6	17.5	28.1	33.3	21.1	51.9	29.6	33.9
(4) Selten/Nie	6.1	5.4	4.0	6.8	9.3	4.5	6.7	11.1						9.6	5.9	4.8	3.7	2.5	2.8	3.3	15.8	0.0	14.8	12.5
N	297	369	398	176	86	352	210	72						94	187	373	109	40	178	30	19	27	27	56
P	------				0.0356			------								------	Cells: 31%							0.0001
ÄRZTE (G)																								
(1) Immer	50.6	55.9	51.4	47.9	57.1	48.7	56.6		50.5	51.5	53.3			51.0	45.9	53.5	43.1	54.5	57.9	37.5	62.5		47.6	52.0
(2) Möglichst	14.7	11.8	16.4	14.1	3.6	15.0	14.5		17.0	8.8	13.3			8.2	12.9	16.7	15.7	18.2	13.7	18.8	12.5		4.8	12.0
(3) Evtl.	30.3	26.5	29.0	31.0	32.1	32.1	24.1		29.1	30.9	30.0			32.7	36.5	26.4	41.2	22.7	26.3	43.8	12.5		28.6	24.0
(4) Selten/Nie	4.4	5.9	3.3	7.0	7.1	4.1	4.8		3.3	8.8	3.3			8.2	4.7	3.5	0.0	4.5	2.1	0.0	12.5		19.0	12.0
N	251	34	183	71	28	193	83		182	68	30			49	85	144	51	22	95	16	8		21	25
P	------			------		------				------						------	Cells: 54%							(T)
SCHWESTERN (G)																								
(1) Immer	40.0	42.2	47.2	39.8	26.0	41.7	45.5	35.7	43.6	45.8	37.5	29.6	39.3	41.9	46.7	40.6	28.1	88.9	48.8	42.9	36.4	29.6	66.7	37.9
(2) Möglichst	12.0	13.9	15.1	7.5	20.0	12.6	16.1	12.9	14.0	11.1	17.5	22.2	7.1	14.0	14.1	13.4	8.8	0.0	18.3	28.6	18.2	18.5	0.0	6.9
(3) Evtl.	36.0	38.6	33.0	45.2	48.0	40.4	33.0	41.4	37.8	34.7	40.0	44.4	39.3	32.6	34.8	40.6	56.1	11.1	30.5	21.4	27.3	51.9	33.3	41.4
(4) Selten/Nie	12.0	5.4	4.7	7.5	6.0	5.3	5.4	10.0	4.7	8.3	5.0	3.7	14.3	11.6	4.3	5.5	7.0	0.0	2.4	7.1	18.2	0.0	0.0	13.8
N	25	332	212	93	50	151	112	70	172	72	40	27	28	43	92	217	57	18	82	14	11	27	6	29
P	------				0.0343			------					------			------	Cells: 56%							0.0006
PFARRER (G)																								
(1) Immer				18.7	12.5	25.0	13.3		12.5	18.8					25.0	8.3								
(2) Möglichst				18.7	25.0	25.0	20.0		25.0	18.8					8.3	33.3								
(3) Evtl.				56.3	25.0	50.0	40.0		50.0	43.8					41.7	50.0								
(4) Selten/Nie				6.3	37.5	0.0	26.7		12.5	18.8					25.0	8.3								
N				16	8	8	15		8	16					12	12								
P					------		------			------						------								

GRUPPE (G)	Ärzte	Schwestern	Pfarrer
(1) Immer	51.2	41.9	16.7
(2) Möglichst	14.4	13.7	20.8
(3) Evtl.	29.8	38.5	45.8
(4) Selten/Nie	4.6	5.9	16.7
N	285	358	24
P			0.0055

GRUPPE (K)	Ärzte	Schwestern	Pfarrer
(1) Immer	51.2	44.5	14.3
(2) Möglichst	16.0	15.0	23.8
(3) Evtl.	31.0	36.0	42.9
(4) Selten/Nie	1.9	4.5	19.0
N	213	200	21
P			0.0004

Tab.	GESAMT		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
1		N	695	611	675	638	658	690	620	615	701	689	638	694	626	659	687	624	658	641	669	608	723	718	710	724	.82/	.80
		MEAN	3.59	2.70	3.42	2.50	2.80	4.02	2.03	3.07	4.00	3.41	3.50	4.06	3.22	2.95	4.04	2.85	3.23	2.73	3.46	3.20	3.55	3.32	2.73	3.25	.44/	.34
		STD	1.01	1.10	1.08	1.12	1.19	.96	.92	1.10	1.01	1.03	1.04	.98	1.15	1.07	.86	1.03	.97	.98	1.02	1.15	.59	.72	.75	.51		

Tab.	KERN		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
2	0	N	253	214	241	237	236	253	221	230	260	252	232	256	235	233	252	227	243	237	239	234	267	264	264	268	.81/	.80
		MEAN	3.68	2.75	3.46	2.69	2.94	4.04	2.10	3.22	4.07	3.42	3.63	4.04	3.31	2.90	4.11	2.88	3.32	2.85	3.34	3.41	3.61	3.31	2.84	3.31	.44/	.29
		STD	.99	1.11	1.08	1.18	1.22	.96	.96	1.06	.99	1.11	1.07	1.03	1.13	1.08	.83	1.07	1.02	.98	1.04	1.15	.60	.80	.76	.55		
3	1	N	442	397	434	401	422	437	399	385	441	437	406	438	391	426	435	397	415	404	430	374	456	454	446	456	.82/	.82
		MEAN	3.54	2.68	3.40	2.38	2.73	4.02	1.99	2.98	3.96	3.40	3.42	4.06	3.16	2.98	4.00	2.84	3.17	2.65	3.52	3.07	3.51	3.33	2.66	3.22	.43/	.36
		STD	1.02	1.09	1.07	1.07	1.16	.96	.90	1.12	1.02	.98	1.01	.96	1.16	1.06	.87	1.00	.94	.97	1.00	1.14	.58	.68	.74	.48		
		P	ns	ns	ns	**	*	ns	ns	*	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	*	***	**	ns	**	**		

Tab.	GRUPPE		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
4	1	N	270	246	265	248	258	261	252	231	268	265	232	261	218	264	258	246	251	243	259	216	276	274	270	277	.81/	.79
		MEAN	3.49	2.61	3.38	2.50	2.76	3.92	2.08	2.84	3.80	3.27	3.31	3.80	2.95	3.03	3.82	2.72	3.09	2.53	3.43	2.93	3.38	3.26	2.62	3.12	.41/	.30
		STD	1.01	1.07	1.09	1.06	1.15	1.02	.90	1.16	1.04	.97	1.04	.97	1.05	1.06	.93	.97	.93	.92	.98	1.15	.55	.67	.71	.46		
5	2	N	391	336	379	359	367	396	337	350	400	390	371	399	376	362	394	346	374	364	378	359	411	409	405	411	.82/	.81
		MEAN	3.66	2.77	3.50	2.50	2.90	4.10	2.03	3.23	4.17	3.55	3.61	4.22	3.39	2.90	4.19	2.95	3.35	2.85	3.54	3.36	3.67	3.40	2.81	3.36	.44/	.31
		STD	1.01	1.11	1.04	1.16	1.21	.91	.93	1.04	.95	1.02	1.04	.96	1.17	1.07	.78	1.05	.99	1.00	1.02	1.15	.60	.74	.75	.52		
6	3	N	34	29	31	31	33	33	31	34	33	34	35	34	32	33	35	32	33	34	32	33	36	35	35	36	.77/	.73
		MEAN	3.56	2.66	2.77	2.45	2.12	3.88	1.68	3.00	3.55	2.79	3.51	4.15	3.06	2.91	3.94	2.75	2.91	2.76	2.78	3.30	3.44	2.93	2.55	3.07	.43/	.34
		STD	.96	1.17	1.15	1.12	1.02	.96	.87	1.15	.90	1.17	.92	.99	1.27	1.07	.76	1.08	.91	.96	.97	.88	.43	.82	.87	.48		
		P	ns	ns	**	ns	**	ns	ns	***	***	***	***	***	***	ns	***	*	***	***	***	***	***	***	**	***		

Tab.	GESCHL		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
7	1	N	295	265	283	268	280	284	275	259	290	288	258	285	244	284	281	265	272	266	280	246	301	298	294	302	.82/	.81
		MEAN	3.45	2.64	3.28	2.47	2.66	3.91	2.02	2.90	3.73	3.15	3.30	3.79	2.96	2.97	3.78	2.68	3.05	2.54	3.30	2.98	3.35	3.18	2.60	3.08	.43/	.37
		STD	1.01	1.07	1.11	1.05	1.16	1.00	.90	1.14	1.03	1.00	1.01	.99	1.10	1.05	.90	.98	.95	.93	1.03	1.11	.53	.69	.74	.45		
8	2	N	400	346	392	370	378	405	345	356	411	400	380	408	382	375	406	359	386	375	389	362	421	419	416	421	.82/	.81
		MEAN	3.69	2.75	3.52	2.52	2.90	4.11	2.04	3.20	4.19	3.59	3.63	4.25	3.38	2.94	4.22	2.98	3.35	2.86	3.57	3.35	3.69	3.43	2.82	3.37	.44/	.32
		STD	1.00	1.12	1.04	1.16	1.20	.92	.94	1.06	.95	1.01	1.04	.93	1.15	1.08	.78	1.05	.97	.99	.99	1.16	.59	.73	.74	.52		
		P	**	ns	**	ns	*	**	ns	***	***	***	***	***	***	ns	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		

Tab.	ALTGRUP		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
9	1	N	422	382	414	392	407	420	382	372	425	414	382	422	380	405	419	380	400	390	407	372	436	434	430	437	.82/	.83
		MEAN	3.59	2.78	3.46	2.55	2.91	4.08	2.07	3.16	4.09	3.48	3.49	4.18	3.32	3.06	4.10	2.91	3.31	2.75	3.56	3.28	3.60	3.43	2.80	3.32		
		STD	1.01	1.05	1.07	1.11	1.17	.90	.91	1.09	.94	.98	1.00	.93	1.13	1.08	.85	.98	.92	.95	.98	1.14	.53	.68	.74	.47	.44/	.30
10	2	N	177	152	170	160	162	173	158	158	177	177	163	175	163	169	172	160	166	160	172	149	183	182	179	183	.80/	.79
		MEAN	3.60	2.57	3.38	2.44	2.67	3.95	1.99	2.94	3.82	3.31	3.42	3.87	3.12	2.79	3.97	2.76	3.19	2.66	3.31	3.08	3.47	3.19	2.68	3.16		
		STD	1.07	1.16	1.17	1.14	1.26	.98	.93	1.07	1.13	1.07	1.14	1.03	1.10	1.06	.81	1.05	1.00	1.03	1.10	1.18	.64	.76	.70	.55	.44/	.34
11	3	N	89	72	85	79	82	89	74	78	92	90	86	89	78	79	89	77	85	85	84	82	96	94	94	96	.83/	.81
		MEAN	3.55	2.61	3.29	2.37	2.56	3.91	1.85	2.97	3.96	3.23	3.62	3.88	2.92	2.75	3.92	2.73	2.94	2.79	3.26	3.09	3.47	3.11	2.49	3.12		
		STD	.87	1.18	.94	1.13	1.04	1.12	.90	1.16	1.00	1.10	1.00	1.05	1.28	.98	.92	1.19	1.07	1.01	1.00	1.17	.70	.77	.80	.57	.40/	.29
		P	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	*	ns	ns	***	*	**	ns	ns	*	ns	*	ns	ns	***	**	***		

Tab.	ARBORT		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
12	1	N	361	321	351	327	340	352	328	312	361	355	322	358	319	348	351	322	338	328	352	313	373	371	367	374	.82/	.83
		MEAN	3.59	2.70	3.45	2.57	2.81	4.00	2.02	3.11	4.00	3.46	3.48	4.05	3.27	3.04	4.00	2.92	3.22	2.62	3.51	3.13	3.53	3.36	2.73	3.25		
		STD	1.00	1.09	1.02	1.16	1.17	.99	.93	1.11	1.04	.94	1.02	.98	1.15	1.08	.87	1.03	.96	.97	1.01	1.13	.61	.70	.75	.50	.46/	.33
13	2	N	209	185	201	194	202	208	189	184	210	207	195	208	185	196	208	187	199	195	199	178	217	215	212	217	.81/	.79
		MEAN	3.56	2.71	3.32	2.35	2.76	4.02	1.99	2.95	3.96	3.32	3.39	4.10	3.09	2.86	4.03	2.75	3.24	2.83	3.47	3.17	3.52	3.30	2.67	3.22		
		STD	1.01	1.10	1.13	1.03	1.15	.93	.88	1.15	.97	1.12	.99	.95	1.14	1.05	.85	.95	.96	.98	1.01	1.15	.56	.69	.75	.49	.40/	.31
14	3	N	88	73	85	82	80	93	70	85	93	89	87	90	86	83	92	80	87	84	83	85	94	93	93	94		
		MEAN	3.59	2.53	3.45	2.45	2.72	4.15	2.00	3.14	4.12	3.25	3.66	4.00	3.22	2.83	4.17	2.76	3.18	2.81	3.22	3.39	3.63	3.20	2.72	3.26	.79/	.79
		STD	1.02	1.07	1.17	1.10	1.25	.81	.85	.97	.98	1.10	1.21	1.10	1.21	1.03	.86	1.07	1.07	.96	1.05	1.16	.60	.89	.73	.57	.40/	.31
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

Tab.	MEDABT		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
16	1	N	108	94	106	93	104	109	97	92	109	109	97	108	96	103	106	92	96	92	107	83	113	113	111	113	.81/	.77
		MEAN	3.58	2.60	3.47	2.39	2.66	4.10	1.92	3.12	4.05	3.56	3.49	4.15	3.23	3.08	4.09	2.87	3.18	2.62	3.41	3.01	3.57	3.34	2.66	3.25		
		STD	1.06	1.14	1.06	1.06	1.12	.94	.79	1.18	.98	1.00	1.09	.88	1.22	1.06	.92	.99	1.13	.98	.98	1.06	.67	.63	.78	.53	.44/	.32
17	2	N	36	31	36	30	33	35	30	31	34	34	24	34	28	33	32	31	31	30	30	28	36	36	34	36	.73/	.70
		MEAN	3.61	2.55	3.86	2.53	2.76	3.91	1.93	2.58	3.71	3.15	3.21	3.71	2.79	2.97	3.78	2.61	2.97	2.60	3.50	2.96	3.43	3.39	2.59	3.15		
		STD	.96	.96	1.13	.97	1.06	.95	.91	1.03	.94	1.02	.93	1.03	.99	1.05	.79	.95	.98	.89	1.01	1.10	.55	.68	.68	.47	.38/	.27
18	3	N	176	160	173	163	170	173	158	151	177	173	165	176	159	168	173	164	171	163	172	151	181	181	178	181	.84/	.84
		MEAN	3.61	2.79	3.37	2.44	2.95	3.99	2.09	2.95	4.06	3.39	3.46	4.06	3.13	2.98	4.01	2.85	3.23	2.63	3.61	3.10	3.53	3.39	2.70	3.26		
		STD	.99	1.07	1.04	1.08	1.22	.93	.98	1.11	.92	.89	.97	.94	1.12	1.10	.86	1.03	.90	.96	.91	1.15	.54	.67	.73	.48	.40/	.29
19	4	N	32	27	31	30	26	31	30	27	31	31	29	30	26	29	31	28	29	27	31	27	32	32	32	32	.76/	.76
		MEAN	3.41	2.56	3.06	2.20	2.77	3.68	1.80	3.11	3.42	3.61	3.17	3.73	3.12	2.72	3.65	2.96	2.90	2.67	3.61	3.26	3.27	3.14	2.42	3.06		
		STD	1.01	1.19	1.03	1.00	1.24	1.08	.92	1.15	1.23	.99	1.07	1.01	1.21	1.16	1.02	1.26	.86	.96	1.23	1.16	.71	.78	.80	.56	.55/	.40
20	5	N	15	15	15	14	15	15	15	14	16	16	13	15	15	16	14	14	16	15	15	15	16	16	16	16	.77/	.72
		MEAN	3.87	3.00	3.67	3.43	3.13	3.80	2.13	3.29	4.31	3.50	3.69	4.13	3.53	3.13	3.86	3.21	3.13	2.80	3.60	3.07	3.65	3.49	3.02	3.38		
		STD	.92	1.13	.90	1.16	.83	1.15	.83	.91	.60	1.10	.85	1.19	.74	1.09	1.10	.97	1.02	.94	1.06	1.10	.57	.63	.70	.48	.40/	.16
21	6	N	30	23	27	26	27	30	27	24	30	28	26	34	28	30	31	24	29	28	30	28	34	34	33	34	.74/	.67
		MEAN	3.60	2.61	3.26	2.62	2.67	4.00	1.81	3.38	4.10	3.36	3.35	4.18	3.43	2.93	4.03	3.04	3.41	2.96	3.47	3.36	3.58	3.31	2.79	3.28		
		STD	1.04	1.08	1.10	1.36	1.11	.87	1.00	.97	1.03	1.19	1.13	.97	1.26	1.17	.75	1.00	1.12	1.07	.97	1.22	.59	.70	.90	.56	.48/	.31
22	7	N	19	18	19	18	19	17	18	16	19	19	18	18	14	18	19	18	18	17	18	16	19	19	19	19	.80/	.79
		MEAN	3.84	3.00	3.47	2.56	3.26	4.35	1.89	3.75	4.05	3.32	3.83	3.94	3.00	2.83	4.32	2.94	3.39	2.59	3.61	3.50	3.71	3.41	2.59	3.36		
		STD	.96	.97	.96	1.29	1.15	.70	.83	1.00	.97	.95	.71	1.00	.96	.99	.58	.80	.98	.62	1.04	1.15	.39	.66	.73	.39	.51/	.36
23	8	N	62	53	56	63	56	66	61	64	67	66	61	64	61	56	65	57	63	63	59	63	69	67	68	69	.77/	.73
		MEAN	3.56	2.68	3.38	2.86	2.70	3.95	2.21	3.11	3.97	3.21	3.43	3.72	3.07	2.70	4.03	2.65	3.10	2.84	3.03	3.38	3.47	3.02	2.77	3.16	.34/	.27
		STD	1.13	1.22	1.29	1.08	1.22	1.09	.88	1.11	1.03	1.31	1.15	1.20	1.15	1.03	.98	1.09	1.06	1.07	1.16	1.11	.67	.97	.78	.61		
		P	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	*	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns		

	KONTAKT		GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
24	1	N	68	55	60	61	63	66	60	52	68	67	57	64	61	59	66	59	61	59	63	55	71	70	69	71	.80/	.78
		MEAN	3.62	2.76	3.57	2.75	3.03	3.94	1.88	2.92	3.85	3.46	3.54	3.86	3.18	2.88	3.82	3.05	3.03	2.71	3.43	3.15	3.51	3.29	2.67	3.22		
		STD	.90	1.00	1.13	.94	1.09	.99	.87	1.15	1.08	1.03	1.07	1.02	1.09	1.15	1.08	.95	1.03	.98	.95	1.22	.66	.80	.76	.59	.48/	.32
25	2	N	189	158	184	173	180	187	164	177	193	185	177	191	163	181	189	169	178	178	181	171	198	196	191	198	.79/	.79
		MEAN	3.62	2.73	3.42	2.55	2.86	3.97	2.06	3.18	3.89	3.31	3.45	3.98	3.25	2.98	4.02	2.96	3.27	2.80	3.38	3.19	3.54	3.31	2.77	3.26		
		STD	.95	1.06	1.03	1.10	1.14	.95	.85	1.11	1.03	1.06	1.03	1.01	1.16	1.05	.75	.97	.97	.92	.99	1.10	.56	.68	.75	.50	.45/	.32
26	3	N	413	378	407	382	391	411	375	363	415	411	383	412	378	396	408	375	397	383	401	359	427	425	424	427	.83/	.81
		MEAN	3.58	2.67	3.40	2.46	2.75	4.07	2.03	3.04	4.07	3.43	3.50	4.11	3.21	2.94	4.08	2.78	3.23	2.69	3.53	3.19	3.55	3.34	2.71	3.25		
		STD	1.04	1.11	1.10	1.15	1.20	.95	.95	1.09	.98	1.01	1.03	.97	1.16	1.07	.87	1.06	.97	1.01	1.03	1.17	.59	.73	.75	.50	.42/	.33
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

Tab.	GRUPPE		KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
27	1	N	206	186	203	186	196	201	194	175	204	201	179	200	165	202	199	185	190	185	199	159	211	210	206	211		
		MEAN	3.41	2.59	3.38	2.40	2.73	3.91	2.04	2.78	3.73	3.23	3.22	3.79	2.87	3.05	3.76	2.72	3.05	2.47	3.47	2.86	3.35	3.27	2.57	3.10	.80/	.78
		STD	1.04	1.07	1.11	1.05	1.17	1.00	.90	1.12	1.04	.93	1.07	.96	1.05	1.09	.94	.99	.92	.92	.97	1.17	.55	.65	.69	.45	.41/	.30
28	2	N	206	186	202	188	197	207	178	180	208	206	196	208	198	195	205	184	196	189	203	186	213	213	209	213		
		MEAN	3.66	2.77	3.49	2.37	2.81	4.14	2.00	3.18	4.24	3.63	3.58	4.30	3.40	2.90	4.24	2.95	3.33	2.81	3.67	3.23	3.68	3.44	2.77	3.36	.82/	.80
		STD	1.00	1.10	1.02	1.09	1.17	.90	.91	1.08	.93	.94	.95	.87	1.18	1.03	.75	1.01	.94	1.00	.98	1.12	.58	.66	.74	.49	.42/	.31
29	3	N	30	25	27	27	29	29	27	30	29	30	31	30	28	29	31	28	29	30	28	29	32	31	31	32		
		MEAN	3.57	2.60	2.93	2.37	2.14	3.93	1.56	3.00	3.59	2.93	3.58	4.23	3.18	3.03	3.90	2.82	2.93	2.80	2.82	3.28	3.47	3.00	2.55	3.10	.76/	.75
		STD	.94	1.15	1.11	1.11	.99	1.00	.75	1.23	.95	1.14	.92	1.01	1.28	1.05	.79	1.02	.92	.96	1.02	.88	.42	.80	.90	.47	.46/	.33
		P	ns	ns	*	ns	*	*	*	**	***	***	**	***	***	ns	***	ns	**	**	***	**	***	***	**	***		

	GESCHL		KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
30	1	N	222	198	216	199	210	215	210	192	217	216	197	215	183	215	215	199	204	199	211	177	227	225	221	227		
		MEAN	3.39	2.62	3.27	2.36	2.61	3.88	1.99	2.83	3.68	3.14	3.23	3.83	2.89	3.01	3.72	2.70	3.00	2.49	3.35	2.88	3.33	3.20	2.59	3.07	.82/	.81
		STD	1.02	1.10	1.12	1.02	1.14	1.02	.90	1.14	1.03	.95	1.04	.98	1.08	1.07	.91	.97	.94	.91	1.03	1.11	.53	.67	.72	.44	.43/	.31
31	2	N	220	199	218	202	212	222	189	193	224	221	209	223	208	211	220	198	211	205	219	197	229	229	225	229		
		MEAN	3.69	2.73	3.53	2.41	2.84	4.14	1.99	3.14	4.22	3.65	3.60	4.29	3.40	2.95	4.28	2.97	3.33	2.81	3.69	3.25	3.69	3.46	2.78	3.37	.82/	.80
		STD	1.00	1.08	1.01	1.12	1.17	.88	.89	1.08	.94	.94	.96	.88	1.18	1.05	.74	1.02	.91	1.00	.94	1.14	.57	.66	.74	.48	.42/	.31
		P	**	ns	*	ns	*	**	ns	**	***	***	***	***	***	ns	***	**	***	***	***	**	***	***	***	***		

	ALTGRUP		KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
32	1	N	289	264	286	266	278	285	258	249	287	283	262	286	257	279	285	256	273	265	279	248	296	295	290	296		
		MEAN	3.55	2.75	3.44	2.45	2.85	4.07	2.04	3.13	4.07	3.45	3.43	4.17	3.23	3.09	4.06	2.89	3.24	2.72	3.61	3.17	3.57	3.43	2.74	3.30	.82/	.80
		STD	1.02	1.07	1.07	1.08	1.17	.91	.88	1.10	.96	.98	1.00	.90	1.15	1.08	.86	.97	.91	.95	.95	1.14	.54	.63	.72	.45	.42/	.34
33	2	N	100	90	97	90	92	100	95	88	100	101	91	99	90	97	98	92	94	89	99	81	104	103	101	104		
		MEAN	3.54	2.57	3.31	2.36	2.58	4.06	1.98	2.81	3.74	3.39	3.42	3.96	3.13	2.89	3.96	2.80	3.22	2.53	3.36	2.85	3.46	3.22	2.66	3.15	.81/	.82
		STD	1.11	1.13	1.15	1.03	1.17	.90	.95	1.09	1.12	.89	1.09	.99	1.04	1.00	.79	1.04	.86	1.00	1.12	1.10	.61	.69	.65	.48	.45/	.35
34	3	N	50	42	49	42	49	49	44	45	51	50	50	50	43	48	49	46	45	47	50	44	53	53	52	53		
		MEAN	3.50	2.48	3.35	2.12	2.39	3.65	1.73	2.62	3.82	3.16	3.44	3.70	2.88	2.60	3.78	2.57	2.76	2.60	3.34	2.93	3.32	3.03	2.30	2.98	.84/	.82
		STD	.74	1.09	.93	1.06	.98	1.23	.85	1.11	1.07	1.09	.95	1.13	1.38	.96	.98	1.11	1.09	.97	.98	1.15	.67	.75	.84	.56	.39/	.26
		P	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	**	*	ns	ns	**	ns	**	ns	ns	**	ns	ns	ns	*	***	**	***		

Tab.	ARBORT		KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
35	1	N	272	241	268	241	255	267	246	236	270	268	246	268	241	263	265	243	254	246	268	232	280	278	274	280		
		MEAN	3.56	2.68	3.47	2.46	2.74	4.00	1.97	3.04	3.96	3.46	3.43	4.04	3.25	3.04	3.97	2.89	3.13	2.56	3.54	3.06	3.51	3.36	2.67	3.23	.83/	.79
		STD	1.03	1.09	1.01	1.10	1.18	.98	.92	1.11	1.05	.93	1.03	.99	1.16	1.09	.90	1.05	.92	.98	1.01	1.13	.61	.69	.74	.49	.46/	.32
36	2	N	170	156	166	160	167	170	153	149	171	169	160	170	150	163	170	154	161	158	162	142	176	176	172	176		
		MEAN	3.50	2.67	3.30	2.27	2.71	4.04	2.02	2.90	3.95	3.31	3.40	4.11	3.03	2.88	4.04	2.75	3.24	2.80	3.49	3.11	3.52	3.29	2.64	3.20	.81/	.79
		STD	1.00	1.09	1.16	1.01	1.15	.92	.87	1.14	.97	1.05	.99	.91	1.16	1.02	.83	.91	.96	.95	.98	1.15	.54	.66	.74	.47	.39/	.34
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

	MEDABT	KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
37	1 N	102	89	100	88	99	103	93	87	103	103	91	102	91	98	100	86	92	87	102	79	107	107	105	107	.82/.78
	MEAN	3.58	2.61	3.49	2.35	2.63	4.10	1.92	3.10	4.07	3.55	3.46	4.14	3.20	3.07	4.10	2.86	3.16	2.60	3.41	3.03	3.57	3.33	2.64	3.24	.43/.30
	STD	1.08	1.14	1.07	1.07	1.13	.93	.78	1.20	.95	1.03	1.08	.89	1.23	1.08	.93	.98	1.15	1.01	.98	1.09	.67	.64	.79	.54	
38	2 N	34	29	34	29	31	33	28	29	32	32	24	33	26	32	30	30	30	30	29	27	34	34	32	34	.75/.72
	MEAN	3.59	2.59	3.85	2.52	2.71	3.88	1.93	2.62	3.72	3.19	3.21	3.70	2.85	2.97	3.83	2.63	3.03	2.60	3.52	3.04	3.42	3.39	2.62	3.17	.40/.31
	STD	.96	.98	1.16	.99	1.01	.96	.94	1.01	.96	1.03	.93	1.05	.97	1.06	.75	.96	.93	.89	1.02	1.06	.54	.70	.66	.48	
39	3 N	167	154	164	154	161	164	150	143	168	165	157	167	151	161	165	155	162	156	163	142	172	172	169	172	.85/.84
	MEAN	3.59	2.79	3.33	2.38	2.92	3.99	2.05	2.92	4.05	3.36	3.45	4.05	3.13	2.97	3.99	2.85	3.20	2.60	3.63	3.06	3.52	3.38	2.67	3.24	.40/.30
	STD	.99	1.08	1.04	1.07	1.22	.94	.94	1.11	.94	.89	.97	.96	1.11	1.09	.87	1.02	.91	.95	.89	1.16	.55	.68	.72	.48	
40	4 N	31	26	30	29	25	30	29	26	30	30	28	29	25	28	30	27	28	26	30	26	31	31	31	31	.77/.77
	MEAN	3.39	2.58	3.07	2.17	2.72	3.63	1.76	3.04	3.40	3.57	3.14	3.72	3.12	2.71	3.63	2.93	2.89	2.62	3.60	3.19	3.24	3.13	2.40	3.04	.55/.39
	STD	1.02	1.21	1.05	1.00	1.24	1.07	.91	1.11	1.25	.97	1.08	1.03	1.24	1.18	1.03	1.27	.88	.94	1.25	1.13	.70	.78	.81	.55	
	P	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	**	ns	ns	*	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

	KONTAKT	KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
41	1 N	28	22	22	24	25	28	24	17	27	28	22	26	25	23	27	24	24	23	26	21	28	28	28	28	.77/.74
	MEAN	3.50	2.55	3.41	2.67	2.92	3.86	1.83	2.47	3.67	3.57	3.59	3.73	2.84	2.96	3.93	3.04	2.96	2.65	3.35	2.76	3.50	3.23	2.54	3.15	.40/.24
	STD	1.04	1.01	1.33	.96	1.12	.97	.87	1.07	1.18	.92	1.05	1.04	.99	1.15	.92	1.12	.91	.78	.94	1.09	.63	.75	.79	.56	
42	2 N	125	105	123	112	119	124	109	116	127	122	117	126	105	120	126	109	116	117	120	112	132	130	125	132	.81/.79
	MEAN	3.55	2.71	3.37	2.47	2.79	3.90	2.09	3.11	3.87	3.27	3.43	4.03	3.24	3.02	3.98	2.88	3.19	2.77	3.47	3.09	3.51	3.33	2.75	3.25	.42/.31
	STD	.95	1.06	1.03	1.07	1.13	.95	.86	1.11	1.02	1.07	1.00	.91	1.21	1.01	.79	.89	.95	.91	.95	1.04	.54	.64	.75	.48	
43	3 N	284	265	284	260	273	280	261	247	282	282	262	281	256	278	277	260	271	260	279	236	291	291	288	291	.83/.80
	MEAN	3.54	2.68	3.42	2.35	2.70	4.07	1.97	2.96	4.02	3.43	3.41	4.11	3.17	2.96	4.01	2.80	3.18	2.61	3.58	3.09	3.51	3.35	2.65	3.22	.43/.35
	STD	1.04	1.11	1.07	1.07	1.18	.96	.92	1.12	1.00	.94	1.01	.97	1.15	1.08	.91	1.04	.94	1.01	1.01	1.18	.60	.68	.73	.48	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.	GRUPPE	REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
44	1 N	64	60	60	62	62	60	58	56	64	64	53	61	53	62	59	61	61	58	60	57	65	64	64	66	.82/.78	
	MEAN	3.72	2.67	3.40	2.79	2.84	3.98	2.21	3.04	4.03	3.38	3.64	3.84	3.19	2.95	4.00	2.72	3.21	2.71	3.28	3.12	3.51	3.21	2.79	3.19	.39/.28	
	STD	.86	1.07	1.03	1.07	1.09	1.10	.93	1.26	1.02	1.08	.88	.99	1.02	.97	.91	.93	.95	.92	1.01	1.09	.54	.72	.73	.52		
45	2 N	185	150	177	171	170	189	159	170	192	184	175	191	178	167	189	162	178	175	175	173	198	196	196	198	.80/.78	
	MEAN	3.67	2.77	3.51	2.65	2.99	4.07	2.06	3.29	4.10	3.47	3.63	4.12	3.37	2.90	4.14	2.95	3.37	2.90	3.38	3.50	3.65	3.36	2.86	3.36	.46/.30	
	STD	1.03	1.12	1.08	1.21	1.25	.92	.96	.99	.98	1.10	1.13	1.04	1.15	1.12	.81	1.10	1.04	1.00	1.05	1.16	.62	.82	.77	.56		
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	*		

	GESCHL	REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
46	1 N	73	67	67	69	70	69	65	67	73	72	61	70	61	69	66	66	68	67	69	69	74	73	73	75	.81/.77
	MEAN	3.63	2.70	3.31	2.80	2.83	4.00	2.12	3.09	3.88	3.18	3.51	3.69	3.18	2.83	3.98	2.61	3.19	2.67	3.16	3.26	3.43	3.11	2.76	3.13	.42/.33
	STD	.95	.98	1.09	1.09	1.18	.95	.88	1.12	1.04	1.14	.89	1.02	1.15	.98	.83	.99	.98	.98	1.04	1.08	.53	.76	.77	.49	
47	2 N	180	147	174	168	166	183	156	163	187	179	171	185	174	164	186	161	175	170	170	165	192	190	191	192	.80/.79
	MEAN	3.70	2.77	3.51	2.65	2.98	4.06	2.10	3.28	4.15	3.52	3.67	4.19	3.36	2.93	4.15	2.99	3.37	2.92	3.42	3.47	3.68	3.39	2.87	3.38	.45/.34
	STD	1.01	1.16	1.08	1.21	1.23	.96	1.00	1.03	.96	1.09	1.13	1.00	1.12	1.12	.83	1.08	1.03	.98	1.04	1.17	.61	.80	.75	.56	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	ns	***	ns	ns	ns	*	ns	ns	*	ns	***	**	ns	***	

	ALTGRUP		REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
48	1	N	133	118	128	126	129	135	124	123	138	131	120	136	123	126	134	124	127	125	128	124	140	139	140	141	.81/.81
		MEAN	3.68	2.84	3.50	2.75	3.03	4.10	2.13	3.23	4.14	3.55	3.64	4.19	3.52	3.01	4.16	2.95	3.47	2.82	3.43	3.50	3.66	3.42	2.92	3.38	.47/.30
		STD	.99	.99	1.06	1.14	1.17	.89	.95	1.06	.91	.99	.99	1.01	1.07	1.07	.83	1.00	.92	.94	1.02	1.11	.50	.76	.77	.50	
49	2	N	77	62	73	70	70	73	63	70	77	76	72	76	73	72	74	68	72	71	73	68	79	79	78	79	.77/.74
		MEAN	3.68	2.56	3.48	2.56	2.80	3.79	2.02	3.10	3.92	3.21	3.43	3.75	3.11	2.67	3.99	2.71	3.14	2.82	3.25	3.35	3.48	3.16	2.71	3.18	.41/.27
		STD	1.01	1.21	1.19	1.26	1.37	1.08	.92	1.04	1.13	1.27	1.21	1.07	1.19	1.13	.85	1.07	1.17	1.06	1.08	1.22	.69	.85	.77	.64	
50	3	N	39	30	36	37	33	40	30	33	41	40	36	39	35	31	40	31	40	38	34	38	43	41	42	43	.79/.73
		MEAN	3.62	2.80	3.22	2.65	2.82	4.22	2.03	3.45	4.12	3.32	3.86	4.10	2.97	2.97	4.10	2.97	3.15	3.03	3.15	3.26	3.67	3.20	2.73	3.28	.39/.35
		STD	1.02	1.30	.96	1.16	1.10	.89	.96	1.06	.90	1.12	1.02	.91	1.15	.98	.81	1.28	1.03	1.03	1.02	1.18	.70	.80	.69	.54	
		P	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	**	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.	ARBORT		REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
51	1	N	89	80	83	86	85	85	82	76	91	87	76	90	78	85	86	79	84	82	84	81	93	93	93	94	.80/.78	
		MEAN	3.67	2.77	3.41	2.90	3.01	4.01	2.17	3.33	4.11	3.46	3.63	4.08	3.33	3.05	4.08	3.00	3.49	2.79	3.42	3.35	3.61	3.36	2.91	3.32	.47/.34	
		STD	.89	1.08	1.05	1.27	1.14	1.04	.97	1.08	1.02	.97	.98	.97	1.12	1.08	.77	.96	1.01	.93	1.01	1.11	.59	.73	.78	.53		
52	2	N	39	29	35	34	35	38	36	35	39	38	35	38	35	33	38	33	38	37	37	36	41	39	40	41	.78/.75	
		MEAN	3.79	2.93	3.46	2.71	3.00	3.95	1.89	3.17	4.00	3.37	3.34	4.05	3.34	2.76	4.00	2.76	3.24	2.95	3.38	3.42	3.54	3.34	2.79	3.28	.42/.23	
		STD	1.03	1.16	.98	1.06	1.16	1.01	.95	1.18	.97	1.42	1.00	1.11	1.06	1.17	.96	1.15	.97	1.13	1.16	1.13	.64	.83	.78	.55		
53	3	N	88	73	85	82	80	93	70	85	93	89	87	90	86	83	92	80	87	84	83	85	94	93	93	94	.79/.79	
		MEAN	3.59	2.53	3.45	2.45	2.72	4.15	2.00	3.14	4.12	3.25	3.66	4.00	3.22	2.83	4.17	2.76	3.18	2.81	3.22	3.39	3.63	3.20	2.72	3.26	.40/.31	
		STD	1.02	1.07	1.17	1.10	1.25	.81	.85	.97	.98	1.10	1.21	1.10	1.21	1.03	.86	1.07	1.07	.96	1.05	1.16	.60	.89	.73	.57		
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

	KONTAKT		REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
54	1	N	40	33	38	37	38	38	36	35	41	39	35	38	36	36	39	35	37	36	37	34	43	42	41	43	.79/.80
		MEAN	3.70	2.91	3.66	2.81	3.11	4.00	1.92	3.14	3.98	3.38	3.51	3.95	3.42	2.83	3.74	3.06	3.08	2.75	3.49	3.38	3.51	3.34	2.76	3.27	.51/.29
		STD	.79	.98	.99	.94	1.09	1.01	.87	1.14	1.01	1.11	1.09	1.01	1.11	1.16	1.19	.84	1.12	1.11	.96	1.26	.68	.83	.74	.61	
55	2	N	64	53	61	61	61	63	55	61	66	63	60	65	58	61	63	60	62	61	61	59	66	66	66	66	.74/.71
		MEAN	3.75	2.77	3.51	2.70	3.00	4.10	2.00	3.30	3.91	3.38	3.50	3.89	3.26	2.92	4.10	3.10	3.42	2.87	3.20	3.37	3.61	3.26	2.82	3.29	.49/.36
		STD	.94	1.07	1.04	1.16	1.15	.95	.84	1.12	1.06	1.04	1.08	1.17	1.07	1.11	.67	1.10	.98	.94	1.05	1.17	.60	.75	.75	.54	
56	3	N	129	113	123	122	118	131	114	116	133	129	121	131	122	118	131	115	126	123	122	123	136	134	136	136	.81/.81
		MEAN	3.67	2.64	3.37	2.70	2.85	4.05	2.17	3.22	4.18	3.42	3.69	4.11	3.28	2.89	4.21	2.73	3.32	2.87	3.39	3.37	3.64	3.31	2.83	3.32	.38/.29
		STD	1.04	1.13	1.16	1.27	1.25	.93	1.00	1.01	.92	1.16	1.06	.98	1.19	1.04	.76	1.09	1.04	.99	1.06	1.13	.58	.83	.77	.54	
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.	GRUPPE	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
57	N	270	246	265	248	258	261	252	231	268	265	232	261	218	264	258	246	251	243	259	216	276	274	270	277	.82/.79	
	MEAN	3.49	2.61	3.38	2.50	2.76	3.92	2.08	2.84	3.80	3.27	3.31	3.80	2.95	3.03	3.82	2.72	3.09	2.53	3.43	2.93	3.38	3.26	2.62	3.12	.40/.30	
	STD	1.01	1.07	1.09	1.06	1.15	1.02	.90	1.16	1.04	.97	1.04	.97	1.05	1.06	.93	.97	.93	.92	.98	1.15	.55	.67	.71	.46		

	GESCHL	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
58	1 N	238	216	232	216	225	229	223	203	234	232	202	228	191	230	225	214	218	211	226	190	242	240	236	243	.82/.80
	MEAN	3.44	2.61	3.33	2.48	2.70	3.90	2.06	2.84	3.75	3.19	3.28	3.75	2.87	3.00	3.76	2.71	3.05	2.47	3.38	2.91	3.34	3.21	2.58	3.08	
	STD	1.01	1.05	1.10	1.03	1.14	1.03	.89	1.13	1.04	.95	1.03	.97	1.04	1.06	.92	.96	.93	.89	1.00	1.13	.54	.66	.71	.45	.42/.33
59	2 N	32	30	33	32	33	32	29	28	34	33	30	33	27	34	33	32	33	32	33	26	34	34	34	34	.76/.75
	MEAN	3.81	2.60	3.73	2.59	3.15	4.09	2.17	2.86	4.15	3.79	3.57	4.18	3.48	3.26	4.18	2.84	3.36	2.88	3.73	3.08	3.67	3.59	2.88	3.40	
	STD	.93	1.19	.91	1.29	1.15	.96	1.00	1.35	1.05	.93	1.10	.88	.98	1.05	.98	1.08	.86	1.07	.80	1.29	.55	.68	.68	.49	.36/.16
	P	ns	ns	*	ns	*	ns	ns	ns	*	**	ns	**	**	ns	**	ns	*	*	ns	ns	**	***	**	***	

	ALTGRUP	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
60	1 N	174	160	174	160	168	168	163	150	171	169	149	169	142	172	168	158	163	161	166	142	177	176	173	178	.81/.79
	MEAN	3.49	2.70	3.36	2.53	2.86	3.95	2.01	2.93	3.83	3.27	3.29	3.89	2.96	3.17	3.86	2.75	3.13	2.58	3.45	3.02	3.42	3.33	2.63	3.16	
	STD	1.04	1.01	1.06	1.05	1.18	1.03	.85	1.16	1.03	.95	1.03	.97	1.08	1.06	.92	.91	.89	.88	.96	1.14	.51	.65	.69	.44	.42/.30
61	2 N	66	60	62	60	60	63	62	56	67	66	56	62	55	63	60	59	61	56	64	50	68	68	67	68	.78/.79
	MEAN	3.44	2.42	3.37	2.38	2.45	3.89	2.21	2.70	3.63	3.12	3.25	3.56	2.93	2.70	3.82	2.59	3.03	2.36	3.25	2.70	3.29	3.03	2.61	2.99	
	STD	.98	1.11	1.27	1.12	1.13	.92	.96	1.14	1.13	1.03	1.07	.90	1.03	1.06	.83	1.05	.97	.98	1.08	1.22	.54	.72	.71	.47	.38/.33
62	3 N	26	23	25	24	26	26	23	21	26	26	23	26	18	25	26	25	23	23	25	21	27	26	26	27	.80/.80
	MEAN	3.54	2.48	3.48	2.46	2.73	3.81	2.09	2.62	3.92	3.50	3.57	3.69	2.83	2.84	3.58	2.84	2.91	2.61	3.60	2.86	3.36	3.26	2.57	3.10	
	STD	.71	1.24	.77	1.02	.92	1.17	.95	1.02	.89	.81	.90	1.05	.99	.99	1.06	1.11	1.04	1.03	.82	1.11	.64	.55	.72	.47	.40/.36
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	

	ABER	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
63	1 N	176	163	174	159	170	170	167	152	174	171	150	171	146	173	170	160	164	162	170	142	179	178	175	180	.80/.78
	MEAN	3.50	2.66	3.34	2.62	2.79	3.96	2.09	2.93	3.74	3.25	3.23	3.87	2.98	3.16	3.86	2.74	3.15	2.52	3.41	2.99	3.39	3.30	2.68	3.15	
	STD	1.05	1.02	1.10	1.07	1.18	1.00	.91	1.15	1.07	.95	1.06	.97	1.10	1.08	.93	.92	.90	.91	.96	1.16	.53	.67	.72	.46	.42/.31
64	2 N	65	58	64	62	61	64	57	58	65	65	58	62	50	64	63	60	63	59	61	53	67	67	66	67	.82/.81
	MEAN	3.40	2.64	3.47	2.40	2.87	4.03	2.05	2.79	4.03	3.37	3.59	3.71	3.08	2.83	3.84	2.82	3.06	2.68	3.57	2.89	3.50	3.26	2.61	3.17	
	STD	1.00	1.19	1.04	1.03	1.12	.89	.87	1.12	.90	1.02	.99	.89	.88	.97	.94	1.02	.98	.92	.94	1.10	.53	.59	.66	.39	.39/.29
65	3 N	25	22	23	23	23	23	24	18	25	25	20	24	18	23	22	22	20	18	24	17	26	25	25	26	.79/.76
	MEAN	3.56	2.18	3.30	1.96	2.26	3.22	1.96	2.06	3.48	3.04	3.10	3.50	2.39	2.52	3.32	2.41	2.50	1.94	3.13	2.41	3.00	2.89	2.19	2.72	
	STD	.82	.96	1.15	1.02	.92	1.24	1.00	1.06	1.16	.98	.91	1.14	1.04	1.08	.89	1.14	.83	.94	1.15	1.28	.58	.80	.69	.51	.32/.23
	P	ns	ns	ns	*	ns	**	ns	***	ns	ns	ns	ns	ns	**	*	ns	**	*	ns	ns	***	ns	**	***	

Tab.

	ARBORT	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
66	1 N	175	159	169	158	165	167	164	147	173	173	149	167	140	171	165	158	160	156	168	141	177	176	175	178	.80/.77	
	MEAN	3.50	2.62	3.51	2.55	2.85	3.95	2.06	2.88	3.83	3.32	3.30	3.82	3.04	3.08	3.75	2.73	3.09	2.41	3.44	2.94	3.38	3.31	2.64	3.14		
	STD	1.03	1.10	.96	1.09	1.16	.99	.95	1.14	1.09	.95	1.07	.97	1.05	1.09	.95	.98	.94	.90	.93	1.17	.57	.69	.71	.47	.44/.30	
67	2 N	87	80	88	82	85	86	81	77	87	84	75	86	71	85	86	80	83	80	83	67	91	90	87	91	.82/.81	
	MEAN	3.41	2.61	3.13	2.39	2.60	3.87	2.06	2.79	3.74	3.17	3.35	3.77	2.80	2.93	3.90	2.79	3.08	2.70	3.41	2.94	3.39	3.16	2.57	3.09		
	STD	.95	1.02	1.25	1.02	1.13	1.05	.76	1.20	.93	.98	.99	1.00	1.04	1.01	.92	.94	.91	.89	1.09	1.15	.52	.64	.68	.45	.38/.34	
	P	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

	MEDABT	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
68	1 N	46	39	47	41	44	46	44	37	48	47	40	44	37	45	44	39	41	38	45	28	49	49	48	49	.81/.81
	MEAN	3.39	2.46	3.38	2.20	2.70	3.98	2.02	2.70	3.83	3.38	3.38	3.82	2.73	3.22	3.82	2.59	3.02	2.18	3.42	2.75	3.36	3.29	2.46	3.09	.40/.30
	STD	1.11	1.23	1.13	1.01	1.17	.93	.79	1.10	.95	.95	1.08	.90	1.10	1.08	1.08	1.09	1.19	.93	1.01	1.11	.64	.67	.77	.53	
69	2 N	19	15	19	15	18	18	16	15	17	17	12	19	13	19	17	17	15	17	17	14	19	19	17	19	.59/.62
	MEAN	3.79	2.27	4.00	2.73	2.61	3.56	2.13	2.73	3.29	2.88	3.17	3.53	2.62	3.11	3.65	2.59	2.93	2.41	3.29	2.93	3.30	3.34	2.64	3.12	.38/.28
	STD	.85	.96	1.05	.96	1.09	1.04	1.02	1.03	.92	1.05	1.03	.96	1.04	.99	.79	1.00	.88	.87	.99	.92	.53	.68	.63	.51	
70	3 N	95	88	95	86	91	92	91	81	94	93	87	93	82	95	92	90	92	87	92	77	97	97	96	97	.83/.80
	MEAN	3.48	2.70	3.26	2.38	2.86	3.93	2.05	2.73	3.89	3.23	3.29	3.84	2.99	2.95	3.76	2.72	3.04	2.52	3.43	2.83	3.39	3.25	2.60	3.11	.37/.28
	STD	1.03	1.01	1.08	1.03	1.19	1.00	.96	1.08	.90	.92	1.02	.95	1.00	1.15	.88	.98	.88	.91	.87	1.07	.52	.65	.69	.43	
71	4 N	13	12	12	12	11	13	13	11	13	13	11	12	10	12	13	11	12	11	13	11	13	13	13	13	.61/.58
	MEAN	3.08	2.33	3.00	2.42	2.91	3.54	1.62	2.64	3.15	3.23	2.73	3.00	2.90	2.67	3.38	2.82	2.67	2.45	3.54	3.73	3.01	2.97	2.27	2.86	.55/.37
	STD	.95	1.07	1.04	.90	.94	.97	.87	1.21	1.41	.83	1.10	1.04	1.10	1.07	1.04	1.25	.78	.52	1.27	1.35	.56	.71	.74	.38	
72	5 N	7	7	6	6	6	6	6	5	7	7	5	6	7	7	5	6	7	6	6	6	7	7	7	7	.75/.75
	MEAN	3.57	3.43	3.50	3.17	3.00	3.67	2.33	3.40	4.43	3.14	4.00	4.33	3.29	3.00	3.40	3.33	2.57	2.50	3.33	2.50	3.58	3.36	2.75	3.23	.24/.15
	STD	.98	1.51	.55	.98	.63	1.51	.82	1.14	.53	1.21	1.00	.52	.95	.58	1.52	.52	1.27	.84	1.21	1.05	.59	.55	.76	.58	
73	7 N	12	12	12	11	12	10	11	10	12	12	11	11	8	12	12	12	11	10	11	9	12	12	12	12	.78/.80
	MEAN	3.50	2.67	3.50	2.55	3.00	4.50	1.82	3.50	3.92	3.17	3.55	3.73	3.13	3.00	4.17	2.67	3.00	2.40	3.45	3.33	3.53	3.31	2.46	3.21	.47/.32
	STD	.80	.65	.80	1.21	1.13	.71	.75	1.08	1.08	1.03	.69	1.10	.99	.74	.58	.65	.89	.52	.82	1.00	.33	.54	.74	.28	
74	8 N	26	24	24	26	26	25	25	25	26	26	22	26	23	24	25	25	25	25	25	23	27	26	26	27	.74/.72
	MEAN	3.96	2.50	3.29	3.04	2.81	3.88	2.08	3.04	3.92	3.38	3.68	3.65	3.30	2.83	4.08	2.76	3.28	2.84	3.08	3.26	3.53	3.12	2.88	3.20	.41/.26
	STD	.77	.98	1.27	1.04	1.20	1.13	.81	1.40	1.02	1.24	.84	1.13	1.06	.96	1.00	.88	1.02	.94	1.08	1.05	.54	.76	.78	.53	
	P	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.	KONTAKT	AERZTE GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
75	1 N	29	26	23	26	25	26	24	22	28	29	22	25	23	25	26	25	26	23	27	20	30	29	29	30	.75/.74	
	MEAN	3.48	2.50	3.39	2.77	2.84	3.92	2.00	2.86	3.57	3.14	3.55	3.64	3.17	2.76	3.54	2.96	3.00	2.52	3.07	2.95	3.34	3.07	2.66	3.09	.53/.38	
	STD	.95	.99	1.16	1.07	1.25	.84	.88	1.28	1.14	1.03	.96	.99	.94	.88	1.17	.89	1.13	.67	.96	1.32	.59	.73	.85	.51		
76	2 N	78	68	79	71	75	76	75	72	78	76	68	78	62	77	77	71	71	73	74	67	81	80	77	81	.75/.76	
	MEAN	3.59	2.57	3.41	2.75	2.84	3.86	2.15	3.26	3.74	3.26	3.43	3.85	2.98	3.16	3.92	2.92	3.23	2.77	3.42	3.01	3.47	3.34	2.74	3.23	.44/.32	
	STD	.90	.95	1.06	1.07	1.09	1.07	.87	1.06	.99	.88	1.07	.99	1.14	.96	.79	.84	.90	.84	.99	1.15	.50	.60	.72	.44		
77	3 N	153	145	153	141	148	149	144	128	152	150	135	148	124	152	146	140	144	137	148	118	155	155	154	155	.82/.80	
	MEAN	3.41	2.61	3.35	2.33	2.72	3.94	2.05	2.65	3.87	3.27	3.21	3.78	2.92	3.00	3.78	2.58	3.01	2.39	3.52	2.83	3.34	3.25	2.55	3.08	.37/.27	
	STD	1.07	1.12	1.12	1.04	1.16	1.03	.93	1.14	1.06	.99	1.01	.97	1.02	1.14	.96	1.02	.92	.97	.96	1.11	.57	.70	.67	.46		
	P	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	*		

Tab.	GRUPPE	AERZTE KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
78	N	206	186	205	186	196	201	194	175	204	201	179	200	165	202	199	185	190	185	199	159	211	210	206	211	.80/.78	
	MEAN	3.41	2.59	3.38	2.40	2.73	3.91	2.04	2.78	3.73	3.23	3.22	3.79	2.87	3.05	3.76	2.72	3.05	2.47	3.47	2.86	3.35	3.27	2.57	3.10	.41/.30	
	STD	1.04	1.07	1.11	1.05	1.17	1.00	.90	1.12	1.04	.93	1.07	.96	1.05	1.09	.94	.99	.92	.92	.97	1.17	.55	.65	.69	.45		

	GESCHL	AERZTE P1	P2	KERN P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
79	1 N	185	166	182	165	174	179	176	156	181	179	159	178	148	179	177	164	168	163	176	141	188	187	183	188	.81/.80
	MEAN	3.37	2.61	3.32	2.39	2.67	3.87	2.05	2.77	3.69	3.17	3.19	3.75	2.80	3.02	3.69	2.70	3.01	2.42	3.43	2.81	3.31	3.23	2.54	3.06	.41/.32
	STD	1.04	1.08	1.13	1.01	1.15	1.03	.91	1.11	1.02	.91	1.07	.97	1.03	1.10	.93	.97	.93	.89	1.00	1.13	.55	.65	.69	.43	
80	2 N	21	20	23	21	22	22	18	19	23	22	20	22	17	23	22	21	22	22	23	18	23	23	23	23	.70/.71
	MEAN	3.76	2.35	3.83	2.48	3.23	4.18	1.89	2.89	4.00	3.77	3.45	4.14	3.47	3.30	4.32	2.90	3.36	2.86	3.78	3.22	3.67	3.65	2.79	3.40	.41/.22
	STD	1.00	.99	.83	1.33	1.15	.66	.76	1.20	1.17	.87	1.05	.89	1.12	1.06	.84	1.09	.79	1.04	.67	1.40	.51	.57	.71	.43	
	P	ns	ns	*	ns	*	ns	ns	ns	ns	**	ns	*	**	ns	**	ns	*	ns	ns	ns	**	**	ns	***	

	ALTGRUP	AERZTE P1	P2	KERN P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
81	1 N	141	128	142	128	135	137	132	119	138	136	123	137	114	140	137	125	132	129	135	113	144	143	140	144	.80/.78
	MEAN	3.44	2.67	3.34	2.50	2.87	3.93	1.99	2.90	3.81	3.24	3.23	3.88	2.89	3.16	3.83	2.74	3.09	2.56	3.51	2.91	3.39	3.34	2.60	3.15	.40/.31
	STD	1.06	1.07	1.12	1.06	1.22	1.02	.86	1.13	1.04	.96	1.08	.98	1.10	1.12	.93	.96	.91	.91	.96	1.15	.54	.66	.69	.45	
82	2 N	46	42	44	41	42	45	44	38	47	46	38	44	38	43	43	41	42	39	46	33	48	48	47	48	.76/.78
	MEAN	3.35	2.43	3.41	2.15	2.31	4.00	2.20	2.58	3.47	3.13	3.16	3.64	2.84	2.84	3.74	2.61	3.07	2.23	3.28	2.61	3.25	3.08	2.55	2.98	.41/.31
	STD	1.04	1.04	1.17	.99	1.00	.80	.95	1.08	1.08	.88	1.08	.84	.95	1.07	.76	1.00	.87	.87	1.05	1.20	.52	.63	.66	.39	
83	3 N	18	16	18	16	18	18	17	17	18	18	17	18	13	18	18	18	15	16	17	13	18	18	18	18	.78/.71
	MEAN	3.50	2.31	3.50	2.31	2.61	3.61	2.00	2.53	3.78	3.50	3.41	3.50	2.77	2.72	3.44	2.89	2.73	2.44	3.65	3.00	3.31	3.18	2.46	3.03	.44/.35
	STD	.71	1.14	.79	1.01	.92	1.20	1.00	1.01	.94	.79	.87	1.10	1.03	.89	1.15	1.18	1.03	1.03	.86	1.22	.62	.57	.73	.43	
	P	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

	ABER	AERZTE P1	P2	KERN P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
84	1 N	144	132	143	128	138	140	136	120	142	139	125	139	118	142	140	128	133	132	139	114	147	146	143	147	.79/.78
	MEAN	3.44	2.68	3.31	2.52	2.76	3.93	2.07	2.90	3.67	3.21	3.16	3.85	2.92	3.13	3.82	2.75	3.09	2.48	3.45	2.88	3.35	3.29	2.63	3.12	.42/.30
	STD	1.06	1.07	1.15	1.06	1.20	.98	.90	1.13	1.09	.94	1.11	.97	1.11	1.14	.93	.95	.91	.93	.97	1.17	.55	.68	.71	.46	
85	2 N	44	38	44	42	41	45	40	41	44	44	39	43	33	43	43	40	43	40	42	34	46	46	45	46	.79/.78
	MEAN	3.32	2.50	3.50	2.24	2.78	4.04	2.02	2.73	3.98	3.39	3.41	3.70	2.94	2.95	3.79	2.75	3.09	2.65	3.67	2.88	3.44	3.30	2.57	3.15	.39/.29
	STD	1.07	1.13	1.02	.96	1.15	.98	.89	1.05	.90	.87	1.02	.89	.79	.95	.91	1.06	.95	.86	.93	1.15	.55	.60	.59	.34	
86	3 N	18	16	18	16	17	16	18	14	18	18	15	18	14	17	16	17	14	13	18	11	18	18	18	18	.79/.74
	MEAN	3.39	2.31	3.56	1.81	2.35	3.31	1.78	1.93	3.56	3.06	3.20	3.56	2.36	2.71	3.19	2.47	2.50	1.85	3.22	2.55	3.03	3.08	2.08	2.75	.37/.28
	STD	.78	.87	.92	.91	.86	1.08	.88	.83	.92	.94	.77	1.10	1.01	.99	.91	1.12	.85	.80	1.06	1.29	.48	.57	.62	.41	
	P	ns	ns	ns	*	ns	*	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	*	ns	ns	**	ns	**	**	

Tab.	ARBORT	AERZTE P1	P2	KERN P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P. S.
87	1 N	133	119	130	117	125	130	126	112	131	131	114	128	107	130	127	119	121	119	130	103	135	134	133	135	.78/.77
	MEAN	3.46	2.57	3.54	2.47	2.81	3.92	2.01	2.80	3.76	3.31	3.20	3.83	2.99	3.12	3.69	2.71	3.04	2.37	3.48	2.82	3.34	3.34	2.60	3.12	.43/.28
	STD	1.08	1.09	.97	1.07	1.17	.98	.95	1.12	1.10	.94	1.10	.96	1.04	1.13	.96	1.01	.92	.93	.93	1.16	.58	.67	.70	.45	
88	2 N	73	67	75	69	71	71	68	63	73	70	65	72	58	72	72	66	69	66	69	56	76	76	73	76	.81/.80
	MEAN	3.33	2.61	3.09	2.28	2.59	3.87	2.09	2.75	3.67	3.09	3.25	3.72	2.66	2.93	3.89	2.76	3.06	2.65	3.45	2.93	3.36	3.16	2.51	3.06	.37/.34
	STD	.96	1.03	1.26	1.00	1.15	1.04	.79	1.12	.93	.90	1.02	.97	1.05	1.03	.88	.95	.94	.89	1.05	1.19	.50	.61	.69	.44	
	P	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

	MEDABT	AERZTE KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
89	1 N	45	38	46	40	43	45	43	36	47	46	39	43	36	44	43	38	40	37	44	27	48	48	47	48	.82/.79
	MEAN	3.38	2.50	3.37	2.17	2.70	3.96	2.02	2.67	3.81	3.37	3.33	3.79	2.69	3.20	3.79	2.55	3.00	2.16	3.39	2.74	3.34	3.27	2.45	3.08	.39/.27
	STD	1.11	1.22	1.14	1.01	1.19	.93	.80	1.10	.95	.95	1.06	.89	1.09	1.09	1.08	1.08	1.20	.93	.99	1.13	.63	.66	.77	.52	
90	2 N	19	15	19	15	18	18	16	15	17	17	12	19	13	19	17	17	15	17	17	14	19	19	17	19	.59/.62
	MEAN	3.79	2.27	4.00	2.73	2.61	3.56	2.13	2.73	3.29	2.88	3.17	3.53	2.62	3.11	3.65	2.59	2.93	2.41	3.29	2.93	3.30	3.34	2.64	3.12	.38/.28
	STD	.85	.96	1.05	.96	1.09	1.04	1.02	1.03	.92	1.05	1.03	.96	1.04	.99	.79	1.00	.88	.87	.99	.92	.53	.68	.63	.51	
91	3 N	92	86	92	83	88	89	88	78	91	90	84	90	79	92	90	87	89	85	89	74	94	94	93	94	.83/.80
	MEAN	3.45	2.72	3.23	2.36	2.86	3.93	2.01	2.72	3.88	3.20	3.30	3.83	3.00	2.95	3.74	2.75	3.04	2.51	3.46	2.82	3.38	3.25	2.59	3.10	.38/.28
	STD	1.02	1.01	1.08	1.03	1.20	1.01	.92	1.09	.90	.91	1.03	.96	1.01	1.16	.88	.96	.89	.92	.87	1.08	.51	.66	.69	.43	
92	4 N	13	12	12	12	11	13	13	11	13	13	11	12	10	12	13	11	12	11	13	11	13	13	13	13	.61/.58
	MEAN	3.08	2.33	3.00	2.42	2.91	3.54	1.62	2.64	3.15	3.23	2.73	3.00	2.90	2.67	3.38	2.82	2.67	2.45	3.54	3.73	3.01	2.97	2.27	2.86	.55/.37
	STD	.95	1.07	1.04	.90	.94	.97	.87	1.21	1.41	.83	1.10	1.04	1.10	1.07	1.04	1.25	.78	.52	1.27	1.35	.56	.71	.74	.38	
	P	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

	KONTAKT	AERZTE KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
93	1 N	11	9	8	10	8	11	9	8	10	11	8	9	9	9	10	9	9	9	11	7	11	11	11	11	.44/.52
	MEAN	3.27	1.78	2.75	3.20	2.75	3.64	1.89	2.38	3.00	3.36	3.25	3.44	2.78	2.78	3.40	3.22	2.78	2.33	2.82	2.00	3.19	2.87	2.69	2.88	.36/.29
	STD	1.27	.44	1.49	.92	1.39	.81	1.05	1.19	1.15	.67	1.28	1.01	.97	.97	1.07	1.20	.97	.71	.75	1.15	.70	.76	.96	.58	
94	2 N	64	54	65	57	61	63	61	58	64	62	55	64	49	63	63	57	58	59	61	55	67	66	63	67	.76/.76
	MEAN	3.55	2.67	3.43	2.65	2.82	3.79	2.16	3.17	3.69	3.19	3.31	3.81	2.90	3.11	3.84	2.86	3.19	2.76	3.46	2.93	3.42	3.34	2.70	3.20	.42/.31
	STD	.89	.99	1.06	1.06	1.13	1.05	.86	1.05	1.01	.90	1.14	.96	1.16	1.02	.81	.85	.89	.86	.98	1.15	.51	.60	.71	.45	
95	3 N	129	121	130	117	125	125	122	107	128	126	114	125	105	128	124	117	121	115	125	95	131	131	130	131	.82/.79
	MEAN	3.34	2.61	3.38	2.23	2.70	3.98	1.99	2.61	3.81	3.25	3.18	3.79	2.90	3.05	3.74	2.62	3.00	2.34	3.57	2.89	3.32	3.28	2.50	3.07	.40/.26
	STD	1.09	1.11	1.11	.99	1.17	.99	.90	1.11	1.04	.96	1.00	.97	1.01	1.14	.99	1.02	.94	.94	.94	1.16	.56	.67	.66	.43	
	P	ns	*	ns	**	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	ns	ns	ns	ns	*	

Tab.	GRUPPE	AERZTE REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P. / S.
96	N	64	60	60	62	62	60	58	56	64	64	53	61	53	62	59	61	61	58	60	57	65	64	64	66	.82/.78
	MEAN	3.72	2.67	3.40	2.79	2.84	3.98	2.21	3.04	4.03	3.38	3.64	3.84	3.19	2.95	4.00	2.72	3.21	2.71	3.28	3.12	3.51	3.21	2.79	3.19	.39/.28
	STD	.86	1.07	1.03	1.07	1.09	1.10	.93	1.26	1.02	1.08	.88	.99	1.02	.97	.91	.93	.95	.92	1.01	1.09	.54	.72	.73	.52	

	GESCHL	AERZTE REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
97	1 N	53	50	50	51	51	50	47	47	53	53	43	50	43	51	48	50	50	48	50	49	54	53	53	55	.80/.78
	MEAN	3.68	2.58	3.38	2.78	2.80	4.00	2.11	3.09	3.94	3.28	3.60	3.74	3.12	2.90	4.02	2.72	3.18	2.67	3.22	3.18	3.48	3.16	2.73	3.14	.42/.31
	STD	.87	.97	1.03	1.05	1.08	1.03	.84	1.18	1.06	1.06	.79	.99	1.07	.94	.84	.90	.94	.86	1.00	1.09	.51	.68	.75	.49	
98	2 N	11	10	10	11	11	10	11	9	11	11	10	11	10	11	11	11	11	10	10	8	11	11	11	11	.82/.81
	MEAN	3.91	3.10	3.50	2.82	3.00	3.90	2.64	2.78	4.45	3.82	3.80	4.27	3.50	3.18	3.91	2.73	3.36	2.90	3.60	2.75	3.67	3.45	3.06	3.40	.21/.07
	STD	.83	1.45	1.08	1.25	1.18	1.45	1.21	1.72	.69	1.08	1.23	.90	.71	1.08	1.22	1.10	1.03	1.20	1.07	1.04	.63	.88	.60	.63	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

	ALTGRUP	AERZTE P1	P2	REST P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
99	1 N	33	32	32	32	33	31	31	31	33	33	26	32	28	32	31	33	31	32	31	29	33	33	33	34	.83/.81
	MEAN	3.70	2.81	3.44	2.66	2.79	4.03	2.06	3.03	3.91	3.39	3.58	3.94	3.21	3.22	3.97	2.79	3.32	2.66	3.19	3.45	3.51	3.29	2.73	3.21	.48/.36
	STD	.92	.78	.76	1.00	1.02	1.08	.81	1.30	1.01	.90	.70	.95	.96	.75	.91	.70	.79	.79	.91	.99	.39	.58	.69	.38	
100	2 N	20	18	18	19	18	18	18	18	20	20	18	18	17	20	17	18	19	17	18	17	20	20	20	20	.74/.72
	MEAN	3.65	2.39	3.28	2.89	2.78	3.61	2.22	2.94	4.00	3.10	3.44	3.39	3.12	2.40	4.00	2.56	2.95	2.65	3.17	2.88	3.40	2.91	2.75	3.02	.25/.22
	STD	.81	1.29	1.53	1.24	1.35	1.14	1.00	1.26	1.17	1.33	1.04	1.04	1.22	.99	1.00	1.20	1.18	1.17	1.20	1.27	.61	.91	.82	.65	
101	3 N	8	7	7	8	8	8	6	4	8	8	6	8	5	7	8	7	8	7	8	8	9	8	8	9	.79/.76
	MEAN	3.63	2.86	3.83	2.75	3.00	4.25	2.33	3.00	4.25	3.50	4.00	4.13	3.00	3.14	3.88	2.71	3.25	3.00	3.50	2.63	3.48	3.42	2.81	3.23	.28/.18
	STD	.74	1.46	.79	1.04	.93	1.04	.82	1.15	.71	.93	.89	.83	1.00	1.21	.83	.95	1.04	1.00	.76	.92	.70	.51	.69	.55	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.	ABER	AERZTE P1	P2	REST P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P. / S.
102	1 N	32	31	31	31	32	30	31	32	32	32	25	32	26	31	30	32	31	30	31	28	32	32	32	33	.79/.74
	MEAN	3.75	2.71	3.45	3.00	2.94	4.13	2.16	3.06	4.06	3.44	3.60	3.94	3.25	3.29	4.07	2.72	3.42	2.73	3.26	3.46	3.57	3.36	2.92	3.27	.43/.32
	STD	.95	.78	.85	1.00	1.11	1.11	.97	1.24	.91	.95	.65	.98	1.00	.69	.91	.81	.85	.78	.93	1.00	.40	.60	.70	.42	
103	2 N	21	20	20	20	20	19	17	17	21	21	19	19	17	21	20	20	20	19	19	19	21	21	21	21	.84/.79
	MEAN	3.57	2.90	3.40	2.75	3.05	4.00	2.12	2.94	4.14	3.33	3.95	3.74	3.35	2.57	3.95	2.95	3.00	2.74	3.37	2.89	3.62	3.19	2.70	3.22	.35/.24
	STD	.81	1.29	1.10	1.12	1.05	.67	.86	1.30	.91	1.32	.85	.93	1.00	.98	1.00	.94	1.08	1.05	.96	1.05	.47	.60	.79	.49	
104	3 N	7	6	5	7	6	7	6	4	7	7	5	6	4	6	6	5	6	5	6	6	8	7	7	8	.60/.58
	MEAN	4.00	1.83	2.40	2.29	2.00	3.00	2.50	2.50	3.29	3.00	2.80	3.33	2.50	2.00	3.67	2.20	2.50	2.20	2.83	2.17	2.92	2.38	2.45	2.63	.10/.13
	STD	.82	1.17	1.52	1.25	1.10	1.63	1.22	1.73	1.70	1.15	1.30	1.37	1.29	1.26	.82	1.30	.84	1.30	1.47	1.33	.79	1.11	.84	.72	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	*	

	ARBORT	AERZTE P1	P2	REST P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
105	1 N	42	40	39	41	40	37	38	35	42	42	35	39	33	41	38	39	39	37	38	38	42	42	42	43	.83/.80
	MEAN	3.64	2.75	3.44	2.78	3.00	4.05	2.24	3.14	4.05	3.36	3.60	3.79	3.18	2.95	3.95	2.79	3.26	2.54	3.29	3.26	3.50	3.23	2.77	3.19	.44/.34
	STD	.85	1.10	.94	1.11	1.13	1.05	.94	1.19	1.03	.98	.91	1.00	1.07	.95	.87	.86	.99	.80	.93	1.13	.50	.73	.75	.52	
106	2 N	14	13	13	13	14	15	13	14	14	14	10	14	13	13	14	14	14	14	14	11	15	14	14	15	.79/.76
	MEAN	3.86	2.62	3.31	3.00	2.64	3.87	1.92	3.00	4.07	3.57	4.00	4.00	3.46	2.92	3.93	2.93	3.21	2.93	3.21	3.00	3.35	3.19	2.89	3.22	.43/.30
	STD	.77	1.04	1.18	.91	1.01	1.13	.64	1.52	.92	1.28	.47	1.18	.66	.95	1.14	.92	.80	.92	1.31	1.00	.61	.84	.49	.52	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

	KONTAKT	AERZTE P1	P2	REST P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
107	1 N	18	17	15	16	17	15	15	14	18	18	14	16	14	16	16	16	17	14	16	13	19	18	18	19	.79/.78
	MEAN	3.61	2.88	3.73	2.50	2.88	4.13	2.07	3.14	3.89	3.00	3.71	3.75	3.43	2.75	3.63	2.81	3.12	2.64	3.25	3.46	3.43	3.20	2.65	3.14	.52/.36
	STD	.70	.99	.80	1.10	1.22	.83	.80	1.29	1.02	1.19	.73	1.00	.85	.86	1.26	.66	1.22	.63	1.06	1.13	.52	.70	.81	.44	
108	2 N	14	14	14	14	14	13	14	14	14	14	13	14	13	14	14	14	13	14	13	12	14	14	14	14	.67/.72
	MEAN	3.79	2.21	3.29	3.14	2.93	4.15	2.07	3.64	4.00	3.57	3.92	4.00	3.31	3.36	4.29	3.14	3.38	2.79	3.23	3.42	3.72	3.36	2.91	3.37	.48/.37
	STD	.97	.70	1.07	1.03	.92	1.14	.92	1.06	.88	.76	.49	1.18	1.03	.63	.61	.77	.96	.80	1.09	1.08	.38	.63	.79	.37	
109	3 N	24	24	23	24	23	24	22	21	24	24	21	23	19	24	22	23	23	22	23	23	24	24	24	24	.78/.74
	MEAN	3.75	2.58	3.17	2.79	2.83	3.75	2.36	2.86	4.17	3.38	3.43	3.74	3.05	2.75	4.00	2.39	3.09	2.64	3.26	2.57	3.43	3.08	2.80	3.10	.18/.15
	STD	.94	1.21	1.19	1.14	1.11	1.22	1.00	1.28	1.13	1.17	1.08	.96	1.08	1.11	.76	.99	.79	1.14	1.01	.84	.61	.86	.68	.61	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.	GRUPPE	SCHWESTERN GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
110	N	391	336	379	359	367	396	337	350	400	390	371	399	376	362	394	346	374	364	378	359	411	409	405	411	.82/	.81
	MEAN	3.66	2.77	3.50	2.50	2.90	4.10	2.03	3.23	4.17	3.55	3.61	4.22	3.39	2.90	4.19	2.95	3.35	2.85	3.54	3.36	3.67	3.40	2.81	3.36	.44/	.31
	STD	1.01	1.11	1.04	1.16	1.21	.91	.93	1.04	.95	1.02	1.04	.96	1.17	1.07	.78	1.05	.99	1.00	1.02	1.15	.60	.74	.75	.52		

	GESCHL		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
111	1	N	25	22	22	23	24	24	23	24	25	24	23	25	23	23	23	21	23	23	24	25	25	25	25	.73/	.71
		MEAN	3.44	2.95	3.50	2.48	3.08	4.08	2.04	3.21	3.88	3.25	3.26	3.84	3.61	2.83	3.74	2.43	3.35	2.78	3.13	3.16	3.36	3.20	2.82	3.19	.41/	.27
		STD	1.04	1.09	.91	1.20	1.25	.83	.88	1.18	1.13	1.07	1.01	1.11	1.16	.94	.92	1.08	1.11	1.17	1.23	1.11	.59	.80	.80	.42		
112	2	N	366	314	357	336	343	371	314	326	375	365	348	373	353	339	371	325	351	341	354	334	385	383	380	385	.82/	.82
		MEAN	3.68	2.76	3.50	2.51	2.88	4.11	2.03	3.23	4.19	3.58	3.63	4.25	3.37	2.91	4.22	2.98	3.35	2.86	3.56	3.38	3.69	3.42	2.81	3.37	.44/	.33
		STD	1.01	1.11	1.05	1.16	1.21	.91	.94	1.03	.94	1.02	1.04	.94	1.17	1.08	.77	1.04	.98	.99	1.01	1.15	.60	.73	.75	.53		
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	**	*	ns	ns	ns	ns	**	ns	ns	*		

	ALTGRUP		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
113	1	N	245	220	238	230	237	249	217	220	252	243	230	250	235	230	248	219	235	226	239	228	256	255	254	256	.81/	.82
		MEAN	3.66	2.83	3.53	2.56	2.94	4.17	2.12	3.33	4.27	3.63	3.63	4.37	3.54	2.97	4.25	3.02	3.43	2.88	3.63	3.44	3.72	3.49	2.91	3.43	.44/	.31
		STD	.99	1.07	1.07	1.15	1.18	.80	.95	1.01	.83	.98	.96	.86	1.11	1.09	.77	1.02	.92	.98	.99	1.12	.50	.69	.74	.45		
114	2	N	92	74	89	82	83	91	77	82	92	92	88	94	89	87	92	82	86	85	89	81	95	95	93	95	.80/	.76
		MEAN	3.71	2.73	3.53	2.43	2.95	3.95	1.88	3.00	4.00	3.48	3.52	4.01	3.26	2.79	4.07	2.85	3.29	2.85	3.46	3.27	3.59	3.35	2.74	3.29	.44/	.28
		STD	1.13	1.17	.99	1.19	1.34	1.07	.92	1.02	1.16	1.08	1.19	1.04	1.13	1.05	.80	1.03	1.07	1.02	1.08	1.15	.71	.75	.70	.59		
115	3	N	52	41	50	45	45	53	41	46	54	52	51	52	50	43	52	43	51	51	48	49	57	56	56	57	.80/	.77
		MEAN	3.63	2.56	3.30	2.40	2.62	4.09	1.78	3.24	4.07	3.37	3.67	3.90	2.98	2.77	4.15	2.79	3.10	2.82	3.23	3.12	3.58	3.12	2.53	3.19	.42/	.32
		STD	.93	1.21	1.04	1.14	1.09	1.08	.82	1.14	1.03	1.10	1.11	1.11	1.33	.97	.83	1.26	1.06	1.07	1.08	1.25	.76	.85	.81	.62		
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	***	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	**	*		

Tab.	SRBER		SCHWESTERN GESAMT P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
116	1	N	182	159	174	165	173	181	154	157	183	178	171	187	170	166	185	158	168	169	178	166	192	192	188	192	.82/	.82
		MEAN	3.77	2.86	3.52	2.57	2.89	4.07	2.10	3.31	4.22	3.61	3.58	4.39	3.48	3.00	4.24	3.09	3.40	2.84	3.65	3.33	3.70	3.50	2.88	3.42	.44/	.32
		STD	.96	1.05	.98	1.17	1.16	.92	.94	1.04	.92	.95	.96	.78	1.16	1.08	.75	.91	.92	.98	.98	1.12	.57	.64	.77	.48		
117	2	N	79	70	80	77	73	81	78	70	83	80	77	79	79	75	80	70	79	74	76	74	83	81	83	83	.83/	.83
		MEAN	3.51	2.80	3.42	2.43	2.89	4.14	1.81	3.20	4.23	3.54	3.62	4.23	3.24	2.75	4.16	2.80	3.32	2.84	3.54	3.39	3.65	3.36	2.69	3.30	.44/	.31
		STD	1.08	1.21	1.17	1.20	1.20	.98	.87	1.03	.97	1.09	.97	.99	1.17	1.09	.75	1.19	.99	1.01	1.03	1.14	.63	.79	.75	.57		
118	3	N	42	35	39	40	39	45	38	41	46	45	41	44	42	41	43	38	43	41	41	41	46	46	45	46	.71/	.72
		MEAN	3.38	2.46	3.59	2.40	2.87	4.18	2.18	3.07	4.04	3.47	3.41	3.84	3.14	2.85	4.19	2.76	3.26	3.15	3.54	3.24	3.62	3.23	2.71	3.27	.32/	.25
		STD	1.13	1.20	1.02	.93	1.26	.78	1.04	.93	1.07	1.20	1.16	1.27	1.20	.91	.88	1.26	1.11	1.11	1.14	1.18	.71	.96	.72	.60		
119	4	N	29	24	28	29	28	29	19	25	29	29	27	29	27	27	28	26	28	28	28	24	29	29	29	29	.80/	.79
		MEAN	3.93	2.50	3.54	2.00	2.75	4.31	1.74	3.08	4.24	3.24	3.96	4.24	3.56	2.93	4.39	2.42	3.29	2.71	3.14	3.54	3.74	3.35	2.67	3.31	.41/	.30
		STD	.70	.88	1.14	1.25	1.24	.76	.81	1.12	.91	.91	1.09	.95	1.22	.96	.63	.90	1.01	.90	1.04	1.10	.41	.77	.68	.42		
120	5	N	38	29	36	30	34	38	29	35	38	35	35	37	36	33	37	35	36	32	34	35	38	38	38	38	.76/	.72
		MEAN	3.66	2.69	3.53	2.87	2.94	4.05	1.97	3.29	4.03	3.51	3.43	4.03	3.14	2.91	4.00	3.11	3.36	2.75	3.41	3.29	3.59	3.32	2.83	3.31	.50/	.37
		STD	.94	1.07	1.03	.97	1.32	.90	.82	.93	1.05	1.04	1.27	.99	1.15	1.07	.94	1.02	1.13	.92	.99	1.20	.64	.70	.78	.52		
		P	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

ARBORT — SCHWESTERN GESAMT

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
121	1 N	172	150	168	156	162	172	150	150	174	169	159	177	165	163	171	150	164	158	170	158	181	181	178	181	.82/.83
	MEAN	3.67	2.82	3.44	2.58	2.80	4.05	2.00	3.33	4.19	3.62	3.63	4.27	3.45	2.98	4.24	3.11	3.34	2.82	3.62	3.31	3.68	3.43	2.83	3.38	.46/.32
	STD	.95	1.07	1.06	1.26	1.19	1.01	.92	1.02	.98	.91	.97	.93	1.19	1.07	.72	1.08	.99	1.00	1.07	1.09	.63	.70	.79	.52	
122	2 N	105	91	99	97	100	105	94	91	107	105	102	105	99	95	105	92	100	98	101	95	108	107	107	108	.78/.75
	MEAN	3.70	2.78	3.56	2.34	3.02	4.18	2.00	3.10	4.21	3.54	3.42	4.30	3.32	2.83	4.18	2.76	3.47	2.92	3.64	3.27	3.67	3.48	2.80	3.36	.39/.25
	STD	1.07	1.16	.96	1.01	1.14	.77	.96	1.09	.92	1.14	.99	.86	1.15	1.09	.79	.93	.92	1.05	.89	1.19	.56	.65	.74	.47	
123	3 N	84	69	81	78	76	89	67	81	89	85	83	86	83	79	88	76	83	80	79	81	90	89	89	90	.79/.80
	MEAN	3.62	2.54	3.53	2.42	2.76	4.17	1.99	3.17	4.15	3.31	3.65	4.03	3.23	2.85	4.16	2.79	3.20	2.79	3.25	3.42	3.64	3.23	2.71	3.28	.42/.35
	STD	1.03	1.07	1.12	1.10	1.25	.82	.86	.97	.98	1.08	1.21	1.11	1.19	1.04	.87	1.07	1.08	.92	1.06	1.16	.60	.88	.71	.56	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab. MEDABT — SCHWESTERN GESAMT

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
124	1 N	60	53	57	50	58	61	51	53	59	60	55	62	57	56	60	51	53	52	60	53	62	62	61	62	.78/.79	
	MEAN	3.73	2.72	3.53	2.54	2.66	4.20	1.84	3.42	4.22	3.72	3.60	4.37	3.54	3.00	4.30	3.10	3.30	2.90	3.43	3.15	3.74	3.40	2.82	3.38	.45/.29	
	STD	.99	1.06	1.00	1.07	1.10	.96	.78	1.10	1.00	.98	1.10	.81	1.21	1.03	.74	.81	1.03	.91	.96	1.03	.64	.60	.74	.49		
125	2 N	17	16	17	15	15	17	14	16	17	17	12	15	15	14	15	14	16	13	13	14	17	17	17	17	.77/.77	
	MEAN	3.41	2.81	3.71	2.33	2.93	4.29	1.71	2.44	4.12	3.41	3.25	3.93	2.93	2.79	3.93	2.64	3.00	2.85	3.77	3.00	3.58	3.44	2.54	3.19	.33/.23	
	STD	1.06	.91	1.21	.98	1.03	.69	.73	1.03	.78	.94	.87	1.10	.96	1.12	.80	.93	1.10	.90	1.01	1.30	.54	.70	.74	.45		
126	3 N	79	71	77	75	77	80	66	68	81	78	76	81	76	72	79	72	77	74	79	72	82	82	80	82	.84/.83	
	MEAN	3.76	2.92	3.49	2.51	3.08	4.04	2.17	3.25	4.27	3.62	3.64	4.35	3.25	3.01	4.29	3.00	3.44	2.80	3.81	3.40	3.70	3.57	2.82	3.44	.41/.33	
	STD	.92	1.13	.97	1.16	1.24	.85	1.00	1.06	.91	.81	.87	.85	1.21	1.04	.75	1.09	.90	.98	.92	1.18	.53	.65	.76	.48		
127	4 N	18	14	18	17	14	17	16	15	17	17	17	17	15	16	17	16	16	15	17	15	18	18	18	18	.78/.77	
	MEAN	3.56	2.79	3.17	2.12	2.79	3.76	2.00	3.33	3.65	3.82	3.41	4.18	3.33	2.63	3.94	2.94	3.06	2.73	3.65	2.87	3.43	3.25	2.57	3.19	.45/.35	
	STD	.98	1.31	1.04	1.05	1.42	1.20	.97	.98	1.11	1.01	1.00	.64	1.29	1.15	.90	1.24	.93	1.16	1.27	.92	.77	.84	.84	.65		
128	5 N	8	8	9	8	9	9	9	9	9	9	8	9	8	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	.64/.65	
	MEAN	4.13	2.63	3.78	3.63	3.22	3.89	2.00	3.22	4.22	3.78	3.50	4.00	3.75	3.22	4.11	3.13	3.56	3.00	3.78	3.44	3.70	3.60	3.23	3.49	.46/.15	
	STD	.83	.52	1.09	1.30	.97	.93	.87	.83	.67	.97	.76	1.50	.46	1.39	.78	1.25	.53	1.00	.97	1.01	.58	.70	.61	.38		
129	6 N	30	23	27	26	27	30	27	24	30	28	26	34	28	30	31	24	29	28	30	28	34	34	33	34	.74/.67	
	MEAN	3.60	2.61	3.26	2.62	2.67	4.00	1.81	3.38	4.10	3.36	3.35	4.18	3.43	2.93	4.03	3.04	3.41	2.96	3.47	3.36	3.58	3.31	2.79	3.28	.48/.31	
	STD	1.04	1.08	1.10	1.36	1.11	.87	1.00	.97	1.03	1.19	1.13	.97	1.26	1.17	.75	1.00	1.12	1.07	.97	1.22	.59	.70	.90	.56		
130	7 N	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	.74/.71	
	MEAN	4.43	3.67	3.43	2.57	3.71	4.14	2.00	4.17	4.29	3.57	4.29	4.29	2.83	2.50	4.57	3.50	4.00	2.86	3.86	3.71	4.03	3.59	2.82	3.63	.49/.29	
	STD	.98	1.21	1.27	1.51	1.11	.69	1.00	.75	.76	.79	.49	.76	.98	1.38	.53	.84	.82	.69	1.35	1.38	.29	.85	.72	.42		
131	8 N	34	27	30	35	28	39	34	37	39	38	37	36	36	30	38	30	36	36	32	35	40	39	40	40	.75/.75	
	MEAN	3.26	2.85	3.60	2.71	2.71	4.03	2.29	3.16	4.05	3.18	3.30	3.81	2.97	2.63	3.97	2.60	3.00	2.89	3.06	3.47	3.46	3.02	2.71	3.17	.29/.28	
	STD	1.29	1.38	1.19	1.10	1.21	1.09	.94	.93	1.05	1.33	1.29	1.28	1.18	1.10	1.00	1.25	1.10	1.14	1.24	1.16	.75	1.09	.79	.66		
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns		

KONTAKT — SCHWESTERN GESAMT

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
132	1 N	38	29	36	34	37	39	35	29	39	37	34	38	37	33	39	33	34	35	35	34	40	40	39	40	.82/.82
	MEAN	3.71	3.00	3.64	2.76	3.16	3.92	1.83	2.97	4.08	3.70	3.53	3.97	3.22	2.97	4.00	3.15	3.03	2.83	3.69	3.24	3.63	3.44	2.69	3.35	.44/.21
	STD	.87	.96	1.10	.85	.99	1.09	.86	1.09	1.01	1.00	1.16	1.03	1.18	1.33	1.00	1.00	.97	1.15	.87	1.18	.69	.82	.70	.62	
133	2 N	99	81	94	90	92	99	79	92	102	97	96	101	91	93	99	87	95	93	96	91	103	103	101	103	.79/.75
	MEAN	3.69	2.81	3.52	2.51	2.96	4.10	2.08	3.20	4.06	3.45	3.49	4.09	3.47	2.89	4.12	3.01	3.40	2.86	3.43	3.31	3.64	3.36	2.88	3.34	.45/.30
	STD	1.00	1.13	1.01	1.12	1.16	.81	.83	1.13	1.04	1.12	1.04	1.02	1.08	1.12	.70	1.05	.98	.97	.98	1.09	.61	.70	.72	.52	
134	3 N	239	213	235	223	224	242	211	215	244	240	227	243	233	223	241	215	233	225	233	222	251	249	249	251	.82/.81
	MEAN	3.67	2.73	3.49	2.51	2.83	4.15	2.03	3.25	4.23	3.57	3.66	4.30	3.36	2.89	4.26	2.91	3.37	2.86	3.60	3.36	3.69	3.42	2.80	3.37	.43/.34
	STD	1.01	1.11	1.05	1.21	1.23	.90	.96	1.00	.90	.98	1.02	.92	1.21	1.01	.77	1.06	1.00	1.00	1.05	1.18	.58	.74	.77	.50	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab. GRUPPE — SCHWESTERN KERN

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P. S.
135	N	206	186	202	188	197	207	178	180	208	206	196	208	198	195	205	184	196	189	203	186	213	213	209	213	.82/.80
	MEAN	3.66	2.77	3.49	2.37	2.81	4.14	2.00	3.18	4.24	3.63	3.58	4.30	3.40	2.90	4.24	2.95	3.33	2.81	3.67	3.23	3.68	3.44	2.77	3.36	.42/.31
	STD	1.00	1.10	1.02	1.09	1.17	.90	.91	1.08	.93	.94	.95	.87	1.18	1.03	.75	1.01	.94	1.00	.98	1.12	.58	.66	.74	.49	

GESCHL — SCHWESTERN KERN

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
136	1 N	9	9	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	.65/.61
	MEAN	3.33	2.78	3.44	2.00	3.00	4.00	2.00	3.38	4.00	3.33	3.11	4.33	3.56	2.89	3.67	2.67	3.33	2.88	3.11	2.67	3.39	3.36	2.72	3.17	.33/.16
	STD	.87	1.39	.73	.87	1.00	1.00	.87	1.30	1.32	.71	.78	.71	1.01	.60	1.00	1.00	1.12	.83	1.27	1.00	.58	.50	.61	.32	
137	2 N	197	177	193	179	188	198	169	172	199	197	187	199	189	186	196	175	187	181	194	177	204	204	200	204	.83/.80
	MEAN	3.68	2.77	3.49	2.39	2.80	4.14	2.00	3.17	4.25	3.64	3.60	4.30	3.40	2.90	4.27	2.97	3.33	2.81	3.70	3.26	3.69	3.44	2.78	3.37	.42/.31
	STD	1.00	1.09	1.03	1.10	1.17	.90	.91	1.07	.91	.95	.95	.88	1.19	1.05	.73	1.01	.93	1.01	.96	1.12	.58	.66	.74	.49	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

ALTGRUP — SCHWESTERN KERN

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
138	1 N	146	135	143	137	142	146	125	129	148	146	137	147	141	137	146	129	140	134	143	134	150	150	148	150	.81/.81
	MEAN	3.66	2.82	3.54	2.39	2.82	4.19	2.10	3.35	4.30	3.64	3.60	4.44	3.48	3.00	4.27	3.04	3.38	2.88	3.71	3.40	3.73	3.51	2.86	3.43	.43/.31
	STD	.98	1.08	1.01	1.10	1.14	.77	.91	1.04	.81	.95	.89	.72	1.13	1.05	.74	.96	.89	.97	.94	1.10	.49	.59	.70	.40	
139	2 N	37	32	36	33	33	38	34	32	37	38	36	38	35	37	37	34	35	33	36	32	38	38	37	38	.82/.80
	MEAN	3.73	2.84	3.36	2.45	3.06	4.05	1.85	2.75	4.11	3.71	3.64	4.18	3.43	2.78	4.22	2.94	3.37	2.76	3.67	2.88	3.69	3.42	2.79	3.33	.40/.22
	STD	1.22	1.19	1.02	1.09	1.32	1.06	.96	1.05	1.20	.80	1.07	.98	1.07	.85	.75	1.07	.91	1.03	1.12	1.01	.71	.69	.62	.55	
140	3 N	22	19	22	17	21	22	18	18	22	21	22	22	21	20	21	20	20	21	23	20	24	24	23	24	.81/.77
	MEAN	3.59	2.32	3.41	2.12	2.43	3.91	1.67	2.78	4.05	3.38	3.41	3.64	2.95	2.50	4.14	2.40	3.00	2.52	3.43	2.70	3.37	3.06	2.28	3.02	.36/.24
	STD	.73	1.06	1.10	.99	.98	1.31	.69	1.11	1.13	1.12	1.14	1.26	1.53	1.05	.85	1.10	1.12	1.03	1.04	1.22	.81	.86	.90	.68	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	**	ns	ns	*	*	

	SRBER	SCHWESTERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
141	1 N	132	120	126	116	126	130	109	115	131	129	126	133	123	122	130	116	121	119	129	116	136	136	133	136	.83/.83
	MEAN	3.73	2.90	3.53	2.47	2.83	4.09	2.09	3.33	4.26	3.62	3.56	4.37	3.50	2.95	4.28	3.05	3.36	2.79	3.68	3.31	3.69	3.49	2.84	3.41	.43/.31
	STD	1.00	1.09	.95	1.09	1.15	.89	.90	1.04	.87	.95	.97	.76	1.20	1.07	.70	.87	.89	1.01	1.00	1.08	.54	.61	.74	.44	
142	2 N	55	51	56	54	53	57	53	49	57	57	54	56	57	54	57	51	57	54	56	53	57	57	57	57	.81/.79
	MEAN	3.45	2.59	3.38	2.24	2.75	4.25	1.74	3.00	4.23	3.54	3.63	4.23	3.21	2.72	4.23	2.76	3.26	2.83	3.57	3.21	3.66	3.31	2.63	3.26	.41/.37
	STD	1.03	1.08	1.18	1.15	1.18	.93	.86	1.10	1.02	.98	.92	.99	1.16	1.02	.76	1.19	.94	.95	1.01	1.17	.62	.74	.73	.55	
143	3 N	19	15	20	16	18	20	16	16	20	20	16	19	18	19	18	17	18	16	18	15	20	20	19	20	.73/.74
	MEAN	3.74	2.40	3.55	2.13	2.89	4.10	2.25	2.63	4.10	3.90	3.56	4.05	3.39	3.05	4.00	2.82	3.33	2.88	3.89	2.73	3.69	3.50	2.73	3.33	.33/.18
	STD	.87	1.18	.94	.81	1.32	.85	1.00	1.09	1.07	.79	.96	1.18	1.09	.78	1.08	1.24	1.24	1.15	.76	1.22	.76	.68	.73	.57	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.		ARBORT	SCHWESTERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
144	1	N	125	110	124	111	117	124	106	109	125	124	118	126	120	119	123	110	119	113	124	115	130	130	127	130	.84	/.84
		MEAN	3.66	2.83	3.46	2.41	2.78	4.07	1.95	3.27	4.20	3.65	3.62	4.26	3.46	2.92	4.26	3.07	3.20	2.74	3.66	3.27	3.67	3.41	2.75	3.35	.45	/.30
		STD	.97	1.08	1.03	1.16	1.20	1.01	.89	1.04	.97	.89	.95	.94	1.21	1.03	.74	1.10	.96	1.01	1.07	1.09	.62	.69	.77	.52		
145	2	N	81	76	78	77	80	83	72	71	83	82	78	82	78	76	82	74	77	76	79	71	83	83	82	83	.78	/.76
		MEAN	3.65	2.70	3.54	2.31	2.95	4.23	2.07	3.04	4.29	3.60	3.53	4.37	3.32	2.86	4.22	2.77	3.52	2.91	3.68	3.17	3.70	3.48	2.82	3.37	.38	/.28
		STD	1.05	1.13	1.00	.99	1.11	.70	.94	1.13	.88	1.03	.95	.76	1.13	1.04	.77	.84	.87	.98	.82	1.18	.52	.60	.68	.43		
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

		MEDABT	SCHWESTERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
146	1	N	55	49	52	46	54	56	48	49	54	55	50	57	53	52	55	46	50	48	56	50	57	57	56	57	.78/.78
		MEAN	3.75	2.71	3.58	2.50	2.59	4.21	1.85	3.43	4.30	3.73	3.58	4.39	3.53	3.00	4.35	3.13	3.30	2.90	3.46	3.18	3.76	3.40	2.81	3.39	.44/.28
		STD	1.02	1.08	1.00	1.09	1.11	.95	.77	1.14	.92	1.01	1.09	.82	1.23	1.05	.73	.78	1.05	.95	.97	1.04	.64	.61	.76	.50	
147	2	N	15	14	15	14	13	15	12	14	15	15	12	14	13	13	13	13	15	13	12	13	15	15	15	15	.79	/.82
		MEAN	3.33	2.93	3.67	2.29	2.85	4.27	1.67	2.50	4.20	3.53	3.25	3.93	3.08	2.77	4.08	2.69	3.13	2.85	3.83	3.15	3.58	3.45	2.61	3.22	.36	/.24
		STD	1.05	.92	1.29	.99	.90	.70	.78	1.02	.77	.92	.87	1.14	.86	1.17	.64	.95	.99	.90	1.03	1.21	.52	.73	.72	.46		
148	3	N	73	67	71	69	71	74	61	63	75	73	71	75	71	68	73	66	71	69	73	66	76	76	74	76	.85	/.83
		MEAN	3.78	2.91	3.45	2.42	3.00	4.05	2.11	3.22	4.28	3.59	3.62	4.35	3.25	3.00	4.29	2.95	3.39	2.75	3.84	3.35	3.69	3.55	2.77	3.41	.41	/.32
		STD	.95	1.15	.98	1.13	1.24	.86	.98	1.05	.94	.81	.88	.88	1.19	1.01	.75	1.10	.90	.98	.88	1.20	.54	.65	.75	.49		
149	4	N	17	13	17	16	13	16	15	14	16	16	16	16	14	15	16	15	15	14	16	14	17	17	17	17	.79	/.79
		MEAN	3.53	2.85	3.18	2.06	2.69	3.69	1.93	3.21	3.63	3.75	3.38	4.19	3.36	2.60	3.94	2.87	3.07	2.64	3.63	2.71	3.38	3.23	2.54	3.16	.44	/.33
		STD	1.01	1.34	1.07	1.06	1.44	1.20	.96	.89	1.15	1.00	1.02	.66	1.34	1.18	.93	1.25	.96	1.15	1.31	.73	.77	.86	.86	.65		
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

		KONTAKT	SCHWESTERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
150	1	N	16	13	13	13	16	16	14	8	16	16	13	16	15	13	16	14	14	13	14	13	16	16	16	16	.85/.90
		MEAN	3.63	3.08	3.69	2.31	3.00	3.94	1.86	2.50	4.13	3.69	3.77	3.81	2.93	3.08	4.25	3.00	3.00	2.85	3.71	3.08	3.70	3.43	2.45	3.32	.33/.19
		STD	.89	.95	1.11	.85	1.03	1.06	.77	1.07	1.02	1.08	.93	1.05	1.03	1.32	.68	1.11	.88	.80	.91	.86	.52	.67	.69	.49		
151	2	N	50	43	48	44	46	50	39	46	51	49	50	51	47	47	51	42	47	47	49	45	52	52	50	52	.80	/.79
		MEAN	3.66	2.70	3.46	2.43	2.91	4.10	2.15	3.20	4.22	3.57	3.58	4.31	3.68	3.00	4.20	2.95	3.38	2.83	3.65	3.27	3.69	3.48	2.96	3.41	.41	/.28
		STD	1.06	1.15	.99	1.07	1.09	.74	.84	1.15	.94	1.12	.88	.76	1.02	1.02	.72	.88	.97	.96	.86	.96	.56	.57	.69	.45		
152	3	N	137	127	138	128	132	138	122	123	138	138	130	138	133	132	135	126	133	127	137	125	142	142	140	142	.82	/.81
		MEAN	3.68	2.79	3.49	2.39	2.78	4.16	1.99	3.20	4.25	3.63	3.58	4.36	3.35	2.83	4.27	2.94	3.35	2.80	3.69	3.21	3.68	3.43	2.76	3.35	.42	/.32
		STD	.97	1.10	1.01	1.12	1.21	.94	.94	1.04	.93	.87	.98	.88	1.23	1.01	.77	1.05	.93	1.04	1.03	1.20	.61	.69	.75	.51		
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns		

Tab.	GRUPPE	SCHWESTERN REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
153	N	185	150	177	171	170	189	159	170	192	184	175	191	178	167	189	162	178	175	175	173	198	196	196	198	.80/	.78
	MEAN	3.67	2.77	3.51	2.65	2.99	4.07	2.06	3.29	4.10	3.47	3.63	4.12	3.37	2.90	4.14	2.95	3.37	2.90	3.38	3.50	3.65	3.36	2.86	3.36	.46/	.30
	STD	1.03	1.12	1.08	1.21	1.25	.92	.96	.99	.98	1.10	1.13	1.04	1.15	1.12	.81	1.10	1.04	1.00	1.05	1.16	.62	.82	.77	.56		

	GESCHL	SCHWESTERN REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
154	1 N	16	13	13	14	15	15	14	16	16	15	14	16	14	14	14	12	14	15	15	16	16	16	16	16	.73/	.70
	MEAN	3.50	3.08	3.54	2.79	3.13	4.13	2.07	3.13	3.81	3.20	3.36	3.56	3.64	2.79	3.79	2.25	3.36	2.73	3.13	3.44	3.35	3.12	2.87	3.20	.43/	.26
	STD	1.15	.86	1.05	1.31	1.41	.74	.92	1.15	1.05	1.26	1.15	1.21	1.28	1.12	.89	1.14	1.15	1.33	1.25	1.09	.61	.93	.91	.48		
155	2 N	169	137	164	157	155	173	145	154	176	168	161	174	164	153	175	150	164	160	160	157	181	179	180	181	.79/	.78
	MEAN	3.69	2.74	3.51	2.64	2.98	4.07	2.06	3.31	4.13	3.50	3.66	4.18	3.35	2.92	4.17	3.01	3.37	2.92	3.41	3.51	3.68	3.39	2.85	3.38	.46/	.34
	STD	1.02	1.14	1.08	1.21	1.24	.93	.97	.98	.97	1.09	1.13	1.00	1.14	1.12	.80	1.08	1.03	.97	1.04	1.17	.61	.80	.76	.56		
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns		

	ALTGRUP	SCHWESTERN REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB		
156	1 N	99	85	95	93	95	103	92	91	104	97	93	103	94	93	102	90	95	92	96	94	106	105	106	106	.80/	.78
	MEAN	3.66	2.84	3.53	2.80	3.11	4.14	2.16	3.30	4.22	3.61	3.67	4.27	3.62	2.94	4.23	3.00	3.52	2.87	3.51	3.51	3.70	3.47	2.98	3.43	.46/	.30
	STD	1.01	1.06	1.16	1.19	1.22	.83	1.00	.97	.86	1.03	1.07	1.02	1.09	1.16	.81	1.09	.95	.99	1.05	1.15	.53	.81	.78	.52		
157	2 N	55	42	53	49	50	53	43	50	55	54	52	56	54	50	55	48	51	52	53	49	57	57	56	57	.76/	.74
	MEAN	3.69	2.64	3.64	2.41	2.88	3.87	1.91	3.16	3.93	3.31	3.44	3.89	3.15	2.80	3.96	2.79	3.24	2.90	3.32	3.53	3.52	3.30	2.71	3.26	.46/	.25
	STD	1.09	1.16	.96	1.26	1.36	1.07	.89	.98	1.14	1.23	1.27	1.07	1.17	1.18	.82	1.01	1.18	1.01	1.03	1.17	.72	.79	.75	.62		
158	3 N	30	22	28	28	24	31	23	28	32	31	29	30	29	23	31	23	31	30	25	29	33	32	33	33	.77/	.69
	MEAN	3.67	2.77	3.21	2.57	2.79	4.23	1.87	3.54	4.09	3.35	3.86	4.10	3.00	3.00	4.16	3.13	3.16	3.03	3.04	3.41	3.74	3.17	2.71	3.31	.43/	.40
	STD	1.06	1.31	.99	1.20	1.18	.88	.92	1.07	.96	1.11	1.06	.96	1.20	.85	.82	1.32	1.04	1.07	1.10	1.21	.70	.85	.71	.55		
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns		

Tab.	SRBER	SCHWESTERN REST P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
159	1 N	50	39	48	47	47	51	45	42	52	49	45	54	47	44	55	42	47	50	49	48	56	56	55	56	.77/	.78
	MEAN	3.86	2.74	3.48	2.83	3.06	4.00	2.11	3.26	4.12	3.59	3.64	4.43	3.45	3.14	4.13	3.21	3.51	2.96	3.55	3.40	3.71	3.54	2.96	3.45	.47/	.35
	STD	.88	.91	1.07	1.32	1.19	.98	1.05	1.06	1.02	.98	.93	.81	1.08	1.13	.86	1.00	.98	.90	.94	1.23	.63	.70	.84	.58		
160	2 N	24	19	24	23	20	24	25	21	26	23	23	23	22	21	23	19	22	20	20	21	26	24	26	26	.81/	.77
	MEAN	3.63	3.37	3.54	2.87	3.25	3.88	1.96	3.67	4.23	3.52	3.61	4.22	3.32	2.81	4.00	2.89	3.45	2.85	3.45	3.86	3.63	3.48	2.83	3.41	.49/	.33
	STD	1.21	1.38	1.14	1.22	1.21	1.08	.89	.66	.86	1.34	1.12	1.00	1.21	1.29	.74	1.20	1.14	1.18	1.10	.96	.66	.90	.78	.61		
161	3 N	23	20	19	24	21	25	22	25	26	25	25	25	24	22	25	21	25	25	23	26	26	26	26	26	.61/	.56
	MEAN	3.09	2.50	3.63	2.58	2.86	4.24	2.14	3.36	4.00	3.12	3.32	3.68	2.96	2.68	4.32	2.71	3.20	3.32	3.26	3.54	3.56	3.03	2.69	3.21	.27/	.25
	STD	1.24	1.24	1.12	.97	1.24	.72	1.08	.70	1.10	1.36	1.28	1.35	1.27	.99	.69	1.31	1.04	1.07	1.32	1.07	.69	1.10	.72	.63		
162	4 N	29	24	28	29	28	29	19	25	29	29	27	29	27	27	28	26	28	28	28	24	29	29	29	29	.80/	.79
	MEAN	3.93	2.50	3.54	2.00	2.75	4.31	1.74	3.08	4.24	3.24	3.96	4.24	3.56	2.93	4.39	2.42	3.29	2.71	3.14	3.54	3.74	3.35	2.67	3.31	.41/	.30
	STD	.70	.88	1.14	1.25	1.24	.76	.81	1.12	.91	.91	1.09	.95	1.22	.96	.63	.90	1.01	.90	1.04	1.10	.41	.77	.68	.42		
163	5 N	38	29	36	30	34	38	29	35	38	35	35	37	36	33	37	35	36	32	34	35	38	38	38	38	.76/	.72
	MEAN	3.66	2.69	3.53	2.87	2.94	4.05	1.97	3.29	4.03	3.51	3.43	4.03	3.14	2.91	4.00	3.11	3.36	2.75	3.41	3.29	3.59	3.32	2.83	3.31	.50/	.37
	STD	.94	1.07	1.03	.97	1.32	.90	.82	.93	1.05	1.04	1.27	.99	1.15	1.07	.94	1.02	1.13	.92	.99	1.20	.64	.70	.78	.52		
	P	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

ARBORT SCHWESTERN REST

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
164	1 N	47	40	44	45	45	48	44	41	49	45	41	51	45	44	48	40	45	45	46	43	51	51	51	51	.75/.74
	MEAN	3.70	2.80	3.39	3.00	3.02	3.98	2.11	3.49	4.16	3.56	3.66	4.29	3.44	3.14	4.19	3.20	3.69	3.00	3.52	3.42	3.70	3.48	3.02	3.44	.49/.39
	STD	.93	1.07	1.15	1.41	1.16	1.04	.99	.95	1.01	.97	1.04	.90	1.16	1.19	.67	1.02	1.00	.98	1.07	1.10	.64	.72	.79	.52	
165	2 N	24	15	21	20	20	22	22	20	24	23	24	23	21	19	23	18	23	22	22	24	25	24	25	25	.73/.69
	MEAN	3.83	3.20	3.62	2.45	3.30	4.00	1.77	3.30	3.96	3.35	3.08	4.09	3.33	2.74	4.04	2.72	3.30	2.95	3.50	3.58	3.55	3.47	2.73	3.34	.41/.19
	STD	1.13	1.26	.80	1.10	1.22	.98	1.02	.92	1.04	1.47	1.06	1.12	1.24	1.28	.88	1.27	1.06	1.29	1.10	1.18	.67	.81	.92	.58	
166	3 N	84	69	81	78	76	89	67	81	89	85	83	86	83	79	88	76	83	80	79	81	90	89	89	90	.79/.80
	MEAN	3.62	2.54	3.53	2.42	2.76	4.17	1.99	3.17	4.15	3.31	3.65	4.03	3.23	2.85	4.16	2.79	3.20	2.79	3.25	3.42	3.64	3.23	2.71	3.28	.42/.35
	STD	1.03	1.07	1.12	1.10	1.25	.82	.86	.97	.98	1.08	1.21	1.11	1.19	1.04	.87	1.07	1.08	.92	1.06	1.16	.60	.88	.71	.56	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

KONTAKT SCHWESTERN REST

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
167	1 N	22	16	23	21	21	23	21	21	23	21	21	22	22	20	23	19	20	22	21	21	24	24	23	24	.75/.75
	MEAN	3.77	2.94	3.61	3.05	3.29	3.91	1.81	3.14	4.04	3.71	3.38	4.09	3.41	2.90	3.83	3.26	3.05	2.82	3.67	3.33	3.58	3.44	2.85	3.37	.48/.23
	STD	.87	1.00	1.12	.74	.96	1.12	.93	1.06	1.02	.96	1.28	1.02	1.26	1.37	1.15	.93	1.05	1.33	.86	1.35	.79	.92	.68	.70	
168	2 N	49	38	46	46	46	49	40	46	51	48	46	50	44	46	48	45	48	46	47	46	51	51	51	51	.75/.71
	MEAN	3.71	2.95	3.59	2.59	3.00	4.10	2.00	3.20	3.90	3.33	3.39	3.86	3.25	2.78	4.04	3.07	3.42	2.89	3.19	3.35	3.58	3.24	2.80	3.27	.48/.38
	STD	.94	1.11	1.05	1.18	1.23	.90	.82	1.13	1.12	1.12	1.18	1.20	1.10	1.21	.68	1.19	1.01	.99	1.06	1.22	.66	.79	.75	.59	
169	3 N	102	86	97	95	92	104	89	92	106	102	97	105	100	91	106	89	100	98	96	97	109	107	109	109	.80/.79
	MEAN	3.67	2.65	3.47	2.66	2.90	4.13	2.09	3.32	4.21	3.49	3.76	4.22	3.36	2.97	4.25	2.85	3.40	2.94	3.46	3.57	3.71	3.40	2.85	3.39	.43/.31
	STD	1.07	1.11	1.11	1.31	1.28	.85	1.00	.94	.87	1.11	1.06	.97	1.19	1.02	.77	1.08	1.08	.95	1.08	1.12	.55	.80	.80	.50	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab. GRUPPE PFARRER GESAMT

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
170	N	34	29	31	31	33	33	31	34	33	34	35	34	32	33	35	32	33	34	32	33	36	35	35	36	.77/.73	
	MEAN	3.56	2.66	2.77	2.45	2.12	3.88	1.68	3.00	3.55	2.79	3.51	4.15	3.06	2.91	3.94	2.75	2.91	2.76	2.78	3.30	3.44	2.93	2.55	3.07	.43/.34	
	STD	.96	1.17	1.15	1.12	1.02	.96	.87	1.15	.90	1.17	.92	.99	1.27	1.07	.76	1.08	.91	.96	.97	.88	.43	.82	.87	.48		

GESCHL PFARRER GESAMT

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
171	1 N	32	27	29	29	31	31	29	32	31	32	33	32	30	31	33	30	31	32	30	31	34	33	33	34	.76/.72
	MEAN	3.53	2.63	2.72	2.41	2.10	3.87	1.66	3.00	3.48	2.78	3.45	4.09	3.03	2.87	3.91	2.67	2.87	2.78	2.80	3.32	3.41	2.90	2.53	3.05	.43/.31
	STD	.98	1.18	1.16	1.15	1.04	.96	.90	1.16	.89	1.21	.90	1.00	1.30	1.09	.77	1.06	.92	.97	1.00	.91	.42	.83	.89	.48	
172	2 N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	.69/.65
	MEAN	4.00	3.00	3.50	3.00	2.50	4.00	2.00	3.00	4.50	3.00	4.50	5.00	3.50	3.50	4.50	4.00	3.50	2.50	2.50	3.00	4.00	3.40	3.00	3.45	.35/.23
	STD	.00	1.41	.71	.00	.71	1.41	.00	1.41	.71	.00	.71	.00	.71	.71	.71	.00	.71	.71	.71	.00	.00	.57	.00	.00	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	

ALTGRUP PFARRER GESAMT

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
173	2 N	22	20	21	20	21	22	21	22	20	21	22	22	22	22	23	22	21	22	21	20	23	22	22	23	.71/.69
	MEAN	3.73	2.50	2.76	2.70	2.29	4.14	1.71	3.32	3.60	3.24	3.50	4.18	3.18	3.14	4.04	2.95	3.24	2.73	2.86	3.30	3.55	3.10	2.79	3.22	.50/.42
	STD	.98	1.24	1.34	.92	1.06	.77	.78	.95	.82	1.09	1.06	1.10	1.14	1.04	.77	1.05	.70	1.03	1.11	.92	.42	.84	.81	.46	
174	3 N	11	8	10	10	11	10	10	11	12	12	12	11	10	11	11	9	11	11	11	12	12	12	12	12	.75/.79
	MEAN	3.18	3.25	2.80	2.00	1.91	3.20	1.60	2.55	3.50	2.08	3.50	4.18	2.80	2.45	3.64	2.11	2.27	3.00	2.64	3.33	3.21	2.70	2.13	2.80	.19/.09
	STD	.87	.71	.63	1.41	.94	1.03	1.07	1.29	1.09	1.00	.67	.75	1.55	1.04	.67	.93	1.01	.63	.67	.89	.39	.72	.89	.42	
	P	ns	ns	ns	**	ns	**	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	*	ns	*	**	

PFRBER PFARRER GESAMT

			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
175	1	N	11	11	11	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	.75/.72
		MEAN	3.73	2.45	3.00	2.60	2.20	4.09	1.73	3.09	4.00	2.91	3.45	4.18	3.18	3.36	4.00	2.73	3.00	2.73	3.00	3.09	3.53	3.18	2.60	3.13	
		STD	.65	1.13	1.00	.52	.92	.70	.90	1.22	.77	.70	.69	.87	1.17	1.03	.63	.65	.63	1.10	.89	.94	.30	.50	.63	.19	.38/.28
176	2	N	23	18	20	21	23	22	20	23	22	23	24	23	21	22	24	21	22	23	21	22	25	24	24	25	.75/.69
		MEAN	3.48	2.78	2.65	2.38	2.09	3.77	1.65	2.96	3.32	2.74	3.54	4.13	3.00	2.68	3.92	2.76	2.86	2.78	2.67	3.41	3.40	2.82	2.53	3.04	
		STD	1.08	1.22	1.23	1.32	1.08	1.07	.88	1.15	.89	1.36	1.02	1.06	1.34	1.04	.83	1.26	1.04	.90	1.02	.85	.48	.91	.98	.56	.44/.34
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab. ARBORT PFARRER GESAMT

			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
177	1	N	14	12	14	13	13	13	14	15	14	13	14	14	14	14	15	14	14	14	14	14	15	14	14	15	.73/.70	
		MEAN	3.64	2.42	2.86	2.69	2.31	4.08	1.71	3.13	3.71	3.08	3.79	3.93	3.43	3.29	4.00	3.07	3.21	2.71	3.00	3.07	3.59	3.10	2.74	3.22		
		STD	1.01	1.08	1.10	.95	1.03	.76	.83	1.19	.83	.86	.70	1.21	1.22	1.14	.85	.83	.58	.91	1.04	1.00	.32	.74	.72	.29	.50/.35
178	2	N	17	18	18	15	17	17	14	16	16	18	18	17	15	16	17	15	16	17	15	16	18	18	18	18	.75/.70	
		MEAN	3.41	2.79	2.93	2.20	2.00	3.82	1.57	2.88	3.50	2.72	3.39	4.47	2.87	2.69	3.82	2.47	2.63	2.88	2.67	3.50	3.34	2.90	2.42	2.99		
		STD	.94	1.19	1.18	1.26	.94	1.13	.94	1.26	1.03	1.36	1.04	.72	1.30	1.01	.73	1.19	1.09	.99	.98	.73	.47	.85	1.00	.56	.39/.17
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

KONTAKT PFARRER GESAMT

			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
179	2	N	13	9	12	13	14	13	11	14	14	13	14	13	11	12	14	12	13	13	12	14	15	14	14	15	.81/.82
		MEAN	3.31	3.22	2.83	1.77	2.36	3.69	1.27	2.57	3.36	2.54	3.36	4.08	2.73	2.58	3.79	2.75	2.62	2.62	2.83	3.29	3.32	2.79	2.11	2.94	
		STD	.85	1.09	.94	.73	1.15	1.11	.47	1.09	1.01	1.20	.74	.95	1.49	.79	.80	1.18	.96	.96	.94	.73	.41	.82	.73	.47	.41/.24
180	3	N	21	20	19	18	19	20	20	20	19	21	21	21	21	21	21	20	20	21	20	19	21	21	21	21	.67/.64
		MEAN	3.71	2.80	2.79	2.94	1.95	4.00	1.90	3.30	3.68	2.95	3.62	4.19	3.29	3.10	4.05	2.75	3.10	2.86	2.75	3.32	3.53	3.03	2.85	3.16	
		STD	1.01	1.18	1.28	1.11	.91	.86	.97	1.13	.82	1.16	1.02	1.03	1.14	1.18	.74	1.07	.85	.96	1.02	1.00	.43	.82	.84	.47	.41/.30
		P	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	

Tab. GRUPPE PFARRER KERN

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
181	N	30	29	27	27	29	29	27	30	29	30	31	30	28	29	31	28	29	30	28	29	32	31	31	32	.76/.75	
	MEAN	3.57	2.60	2.93	2.37	2.18	3.93	1.56	3.00	3.59	2.93	3.58	4.23	3.18	3.03	3.90	2.82	2.93	2.80	2.82	3.28	3.47	3.00	2.55	3.10		
	STD	.94	1.15	1.11	1.11	.99	1.00	.75	1.23	.95	1.18	.92	1.01	1.28	1.05	.79	1.02	.92	.96	1.02	.88	.42	.80	.90	.47	.46/.33	

GESCHL PFARRER KERN

			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
182	1	N	28	23	25	25	27	27	25	28	27	28	29	28	26	27	29	26	27	28	26	27	30	29	29	30	.76/.73
		MEAN	3.39	2.57	2.88	2.32	2.11	3.93	1.52	3.00	3.52	2.93	3.52	4.18	3.15	3.00	3.86	2.73	2.89	2.82	2.85	3.30	3.44	2.98	2.51	3.08	
		STD	.96	1.18	1.13	1.18	1.01	1.00	.77	1.25	.94	1.18	.91	1.02	1.32	1.07	.79	1.00	.93	.98	1.05	.91	.41	.82	.93	.48	.47/.34
183	2	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	.69/.65
		MEAN	4.00	3.00	3.50	3.00	2.50	4.00	2.00	3.00	4.50	3.00	4.50	5.00	3.50	3.50	4.50	4.00	3.50	2.50	2.50	3.00	4.00	3.40	3.00	3.45	
		STD	.00	1.41	.71	.00	.71	1.41	.00	1.41	.71	.00	.71	.00	.71	.71	.71	.00	.71	.71	.71	.00	.00	.57	.00	.00	.35/.28
		P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	

	ALTGRUP	PFARRER KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
184	2 N	19	17	18	17	18	19	18	19	17	18	19	19	19	19	20	19	18	19	18	17	20	19	19	20	.70/.72
	MEAN	3.68	2.41	2.94	2.71	2.33	4.26	1.67	3.37	3.71	3.44	3.58	4.32	3.32	3.26	4.00	3.00	3.28	2.79	2.94	3.29	3.59	3.22	2.83	3.28	.52/.37
	STD	1.00	1.18	1.30	.92	.97	.73	.77	1.01	.85	.96	1.07	1.11	1.11	1.05	.79	1.00	.67	1.03	1.16	.92	.39	.78	.83	.41	
185	3 N	10	7	9	9	10	9	9	10	11	11	11	10	9	10	10	8	10	10	10	11	11	11	11	11	.76/.79
	MEAN	3.30	3.29	2.89	1.78	1.90	3.11	1.33	2.50	3.45	2.18	3.55	4.20	2.89	2.60	3.60	2.25	2.30	3.00	2.60	3.27	3.23	2.73	2.05	2.80	.25/.05
	STD	.82	.76	.60	1.30	.99	1.05	.71	1.35	1.13	.98	.69	.79	1.62	.97	.70	.89	1.06	.67	.70	.90	.41	.75	.89	.44	
	P	ns	ns	ns	*	ns	*	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	

	PFRBER	PFARRER KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
186	1 N	11	11	11	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	.75/.72
	MEAN	3.73	2.45	3.00	2.60	2.20	4.09	1.73	3.09	4.00	2.91	3.45	4.18	3.18	3.36	4.00	2.73	3.00	2.73	3.00	3.09	3.53	3.18	2.60	3.13	.38/.28
	STD	.65	1.13	1.00	.52	.92	.70	.90	1.22	.77	.70	.69	.87	1.17	1.03	.63	.65	.63	1.10	.89	.94	.30	.50	.63	.19	
187	2 N	19	14	16	17	19	18	16	19	18	19	20	19	17	18	20	17	18	19	17	18	21	20	20	21	.75/.69
	MEAN	3.47	2.71	2.88	2.24	2.11	3.83	1.44	2.95	3.33	2.95	3.65	4.26	3.18	2.83	3.85	2.88	2.89	2.84	2.71	3.39	3.44	2.91	2.52	3.09	.50/.41
	STD	1.07	1.20	1.20	1.35	1.05	1.15	.63	1.27	.97	1.35	1.04	1.10	1.38	1.04	.88	1.22	1.08	.90	1.10	.85	.48	.93	1.04	.57	
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	

Tab.

	ARBORT	PFARRER KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	P.	S.
188	1 N	14	12	14	13	13	13	14	15	14	13	14	14	14	14	15	14	14	14	14	14	15	14	14	15	.73/.70	
	MEAN	3.64	2.42	2.86	2.69	2.31	4.08	1.71	3.13	3.71	3.08	3.79	3.93	3.43	3.29	4.00	3.07	3.21	2.71	3.00	3.07	3.59	3.10	2.74	3.22	.50/.35	
	STD	1.01	1.08	1.10	.95	1.03	.76	.83	1.19	.83	.86	.70	1.21	1.22	1.14	.85	.83	.58	.91	1.04	1.00	.32	.74	.72	.29		
189	2 N	16	13	13	14	16	16	13	15	15	17	17	16	14	15	16	14	15	16	14	15	17	17	17	17	.75/.68	
	MEAN	3.50	2.77	3.00	2.07	2.00	3.81	1.38	2.87	3.47	2.82	3.41	4.50	2.93	2.80	3.81	2.57	2.67	2.88	2.64	3.47	3.36	2.93	2.39	3.00	.41/.19	
	STD	.89	1.24	1.15	1.21	.97	1.17	.65	1.30	1.06	1.33	1.06	.73	1.33	.94	.75	1.16	1.11	1.02	1.01	.74	.48	.87	1.02	.58		
	P	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		

	KONTAKT	PFARRER KERN P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	F1	F2	F3	GPB	
190	2 N	12	8	11	12	13	12	10	13	13	12	13	12	10	11	13	11	12	12	11	13	14	13	13	14	.83/.84
	MEAN	3.17	3.13	2.82	1.75	2.23	3.75	1.30	2.54	3.38	2.50	3.38	4.08	2.70	2.55	3.77	2.64	2.50	2.58	2.82	3.23	3.30	2.74	2.08	2.91	.39/.19
	STD	.72	1.13	.98	.75	1.09	1.14	.48	1.13	1.04	1.24	.77	1.00	1.57	.82	.83	1.12	.90	1.00	.98	.73	.42	.83	.75	.48	
191	3 N	18	17	16	15	16	17	17	17	16	18	18	18	18	18	18	17	17	18	17	16	18	18	18	18	.66/.64
	MEAN	3.83	2.35	3.00	2.87	2.06	4.06	1.71	3.35	3.75	3.22	3.72	4.33	3.44	3.33	4.00	2.94	3.24	2.94	2.82	3.31	3.61	3.20	2.88	3.25	.48/.29
	STD	.99	1.11	1.21	1.13	.93	.90	.85	1.22	.86	1.00	1.02	1.03	1.04	1.08	.77	.97	.83	.94	1.07	1.01	.38	.75	.87	.42	
	P	*	ns	ns	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	ns	*	*	

DIE HÖCHSTEN KORRELATIONEN ZWISCHEN BEZUGSPERSONEN (SCHRIFTLICHE UMFRAGE) UND PATIENTEN DES BEZIRKSSPITALS

TAB.	GRUPPE	UNTERGRUPPE	N	GESAMT-PROBLEM-BEWUSST-SEIN	STDEV	FAKTOR1 RESIG-NATION	FAKTOR2 ZWEIFEL	FAKTOR3 INTER-AKTION	PEARSON R≥0.5000	VARIANZ %	P	SPEARMAN RHO≥0.3650	VARIANZ %	P
7	Gesamt	Männer	302	3.08	0.45	3.35	3.18	2.60	0.4312	18.6	*	0.3700	13.7	ns
19	Gesamt	Obrige Abt. mit Sterbenden	32	3.06	0.56	3.27	3.14	2.42	0.5535	30.6	**	0.4038	16.3	*
22	Gesamt	Obrige Abt. ohne Sterbende	19	3.36	0.39	3.71	3.41	2.59	0.5057	25.6	*	0.3586	12.9	ns
40	Kern	Obrige Abt. mit Sterbenden	31	3.04	0.55	3.24	3.13	2.40	0.5539	30.7	**	0.3875	15.0	*
54	Rest	Kontakt: gering	48	3.27	0.61	3.51	3.34	2.76	0.5114	26.2	*	0.2939	8.6	ns
71	Ärzte (G)	Obrige Abt. mit Sterbenden	13	2.86	0.38	3.01	2.97	2.27	0.5541	30.7	**	0.3657	13.4	ns
92	Ärzte (K)	" "	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
75	Ärzte (G)	Kontakt: gering	30	3.05	0.51	3.34	3.07	2.66	0.5264	27.7	**	0.3771	14.2	ns
107	Ärzte (R)	Kontakt: gering	19	3.27	0.42	3.57	3.36	2.92	0.5166	26.7	**	0.3613	13.1	ns
108	Ärzte (R)	Kontakt: mittel	14	3.37	0.37	3.72	3.36	2.91	0.4789	22.9	*	0.3705	13.7	ns
120	Schwestern (G)	Schulschwester	38	3.31	0.52	3.59	3.32	2.83	0.4999	25.0	*	0.3697	13.7	ns
163	Schwestern (R)	" "	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
142	Schwestern (K)	Stations-Sr.	57	3.26	0.55	3.66	3.31	2.63	0.4146	17.2	*	0.3721	13.8	ns
158	Schwestern (R)	51- Jahre	33	3.31	0.55	3.74	3.17	2.71	0.4322	18.7	*	0.4004	16.0	*
164	Schwestern (R)	Stadtspital	51	3.44	0.52	3.70	3.48	3.02	0.4917	24.2	*	0.3894	15.2	*
168	Schwestern (R)	Kontakt: mittel	51	3.27	0.59	3.58	3.24	2.80	0.4761	22.7	*	0.3755	14.1	ns
173	Pfarrer (G)	- 50 Jahre	23	3.22	0.46	3.55	3.10	2.79	0.5053	25.5	*	0.4194	17.9	*
177	Pfarrer (G)	Stadtspital	15	3.22	0.29	3.59	3.10	2.74	0.5022	25.2	*	0.3548	12.6	ns
188	Pfarrer (K)	" "	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
184	Pfarrer (K)	- 50 Jahre	20	3.28	0.41	3.59	3.22	2.83	0.5238	27.4	**	0.3696	13.7	ns
187	Pfarrer (K)	Teilzeittätigkeit	21	3.09	0.57	3.44	2.91	2.52	0.5015	25.2	*	0.4060	16.5	*

DIE NIEDRIGSTEN KORRELATIONEN ZWISCHEN BEZUGSPERSONEN (SCHRIFTLICHE UMFRAGE) UND PATIENTEN DES BEZIRKSSPITALS

TAB	GRUPPE	UNTERGRUPPE	N	GESAMT-PROBLEM-BEWUSST-SEIN	STDEV	FAKTOR1 RESIG-NATION	FAKTOR2 ZWEIFEL	FAKTOR3 INTER-AKTION	PEARSON R≦0.3300	VARIANZ %	P	SPEARMAN RHO≦0.1900	VARIANZ %	P
20	Gesamt	Anästhesie	16	3.38	0.48	3.65	3.49	3.02	0.3955	15.6	*	0.1561	2.4	ns
59	Ärzte (G)	Frauen	34	3.40	0.49	3.67	3.59	2.88	0.3574	12.8	ns	0.1605	2.6	ns
65	Ärzte (G)	Chefarzt	26	2.72	0.51	3.00	2.89	2.19	0.3227	10.4	ns	0.2324	5.4	ns
72	Ärzte (G)	Anästhesie	7	3.23	0.58	3.58	3.36	2.75	0.2400	5.8	ns	0.1466	2.1	ns
98	Ärzte (R)	Frauen	11	3.40	0.63	3.67	3.45	3.06	0.2102	4.4	ns	0.0669	0.4	ns
100	Ärzte (R)	36-50 Jahre	20	3.02	0.65	3.40	2.91	2.75	0.2495	6.2	ns	0.2224	4.9	ns
101	Ärzte (R)	51- Jahre	9	3.23	0.55	3.48	3.42	2.81	0.2751	7.6	ns	0.1776	3.2	ns
104	Ärzte (R)	Chefarzt	8	2.63	0.72	2.92	2.38	2.45	0.0993	1.0	ns	0.1310	1.7	ns
109	Ärzte (R)	Kontakt: hoch	24	3.10	0.61	3.43	3.08	2.80	0.1819	3.3	ns	0.1510	2.3	ns
118	Schwestern (G)	Ober-/Lt. Sr.	46	3.27	0.60	3.62	3.23	2.71	0.3239	10.5	ns	0.2547	6.5	ns
128	Schwestern (G)	Anästhesie	9	3.49	0.38	3.70	3.60	3.23	0.4559	20.8	*	0.1510	2.3	ns
131	Schwestern (G)	Geriat./Psych.	40	3.17	0.66	3.46	3.02	2.71	0.2909	8.5	ns	0.2802	7.9	ns
136	Schwestern (K)	Männer	9	3.17	0.32	3.39	3.36	2.72	0.3336	11.1	ns	0.1601	2.6	ns
143	Schwestern (K)	Ober-/Lt. Sr.	20	3.33	0.57	3.69	3.50	2.73	0.3298	10.9	ns	0.1825	3.3	ns
150	Schwestern (K)	Kontakt: gering	16	3.32	0.49	3.70	3.43	2.45	0.3280	10.8	ns	0.1915	3.7	ns
161	Schwestern (R)	Ober-/Lt. Sr.	26	3.21	0.63	3.56	3.03	2.69	0.2718	7.4	ns	0.2456	6.0	ns
174	Pfarrer (G)	51- Jahre	12	2.80	0.42	3.21	2.70	2.13	0.1905	3.6	ns	0.0928	0.9	ns
178	Pfarrer (G)	Landspital	18	2.99	0.56	3.34	2.90	2.42	0.3686	13.6	ns	0.1712	2.9	ns
185	Pfarrer (K)	51- Jahre	11	2.80	0.44	3.23	2.73	2.05	0.2493	6.2	ns	0.0491	0.2	ns
189	Pfarrer (K)	Landspital	17	3.00	0.58	3.36	2.93	2.39	0.4092	16.7	*	0.1883	3.5	ns

DIE HÖCHSTEN KORRELATIONEN ZWISCHEN BEZUGSPERSONEN (SCHRIFTLICHE UMFRAGE) UND PATIENTEN DES STADTSPITALS

TAB.	GRUPPE	UNTERGRUPPE	N	GESAMT-PROBLEM-BEWUSST-SEIN	STDEV	FAKTOR1 RESIG-NATION	FAKTOR2 ZWEIFEL	FAKTOR3 INTER-AKTION	PEARSON R≧0.8300	VARIANZ %	P	SPEARMAN RHO≧0.8300	VARIANZ %	P
9	Gesamt	21-35 Jahre	437	3.32	0.47	3.60	3.43	2.80	0.8208	67.4	***	0.8343	69.6	***
12	Gesamt	Stadtspital	374	3.25	0.50	3.53	3.36	2.73	0.8244	68.0	***	0.8307	69.0	***
18	Gesamt	Innere Med.	181	3.26	0.48	3.53	3.39	2.70	0.8432	71.1	***	0.8372	70.1	***
34	Kern	51- Jahre	53	2.98	0.56	3.32	3.03	2.30	0.8430	71.1	***	0.8222	67.6	***
39	Kern	Innere Med.	172	3.24	0.48	3.52	3.38	2.67	0.8473	71.8	***	0.8368	70.0	***
103	Ärzte (R)	Oberarzt	21	3.22	0.49	3.62	3.19	2.70	0.8415	70.8	***	0.7886	62.2	***
117	Schwestern(G)	Stations-Sr.	83	3.30	0.57	3.65	3.36	2.69	0.8263	68.3	***	0.8315	69.1	***
121	Schwestern(G)	Stadtspital	181	3.38	0.52	3.68	3.43	2.83	0.8249	68.0	***	0.8301	68.9	***
126	Schwestern(G)	Innere Med.	82	3.44	0.48	3.70	3.57	2.82	0.8424	71.0	***	0.8256	68.2	***
144	Schwestern(K)	Stadtspital	130	3.35	0.52	3.67	3.41	2.75	0.8405	70.6	***	0.8371	70.1	***
148	Schwestern(K)	Innere Med.	76	3.41	0.49	3.69	3.55	2.77	0.8500	72.3	***	0.8313	69.1	***
150	Schwestern(K)	Kontakt:gering	16	3.32	0.49	3.70	3.43	2.45	0.8488	72.0	***	0.8959	80.3	***
190	Pfarrer (K)	Kontakt:mittel	14	2.91	0.48	3.30	2.74	2.08	0.8261	68.2	***	0.8360	69.9	***
11	Gesamt	51 - Jahre	96	3.12	0.57	3.47	3.11	2.49	0.8345	69.6	***	0.8136	66.2	***
91	Ärzte (K)	Innere Med.	94	3.10	0.43	3.38	3.25	2.59	0.8341	69.6	***	0.8082	65.3	***
105	Ärzte (R)	Stadtspital	43	3.19	0.52	3.50	3.23	2.77	0.8300	68.9	***	0.7961	63.4	***

DIE NIEDRIGSTEN KORRELATIONEN ZWISCHEN BEZUGSPERSONEN (SCHRIFTLICHE UMFRAGE) UND PATIENTEN DES STADTSPITALS

TAB.	GRUPPE	UNTERGRUPPE	N	GESAMT-PROBLEM-BEWUSST-SEIN	STDEV	FAKTOR1 RESIG-NATION	FAKTOR2 ZWEIFEL	FAKTOR3 INTER-AKTION	PEARSON R≦0.7000	VARIANZ %	P	SPEARMAN RHO≦0.6500	VARIANZ %	P
69	Ärzte (G)	Gynäkologie	19	3.12	0.51	3.30	3.34	2.64	0.5922	35.1	**	0.6245	39.0	**
71	Ärzte (G)	Übrige Abt. mit Sterbenden	13	2.86	0.38	3.01	2.97	2.27	0.6089	37.1	**	0.5814	33.8	**
90	Ärzte (K)	Gynäkologie	19	3.12	0.51	3.30	3.34	2.64	0.5922	35.1	**	0.6245	39.0	**
92	Ärzte (K)	Übrige Abt. mit Sterbenden	13	2.86	0.38	3.01	2.97	2.27	0.6089	37.1	**	0.5814	33.8	**
93	Ärzte (K)	Kontakt:gering	11	2.88	0.58	3.19	2.87	2.69	0.4352	18.9	*	0.5248	27.5	**
104	Ärzte (R)	Chefarzt	8	2.63	0.72	2.92	2.38	2.45	0.5960	35.5	**	0.5840	34.1	**
128	Schwestern (G)	Anästhesie	9	3.49	0.38	3.70	3.60	3.23	0.6394	40.9	***	0.6549	42.9	***
136	Schwestern (K)	Männer	9	3.17	0.32	3.39	3.36	2.72	0.6549	42.9	***	0.6117	37.4	**
161	Schwestern (K)	Ober-/Lt. Sr.	26	3.21	0.63	3.56	3.03	2.69	0.6066	36.8	**	0.5602	31.4	**
172	Pfarrer (G)	Frauen	2	3.45	0.00	4.00	3.40	3.00	0.6919	47.9	***	0.6546	42.8	***
183	" (K)	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
180	Pfarrer (G)	Kontakt: hoch	21	3.16	0.47	3.53	3.03	2.85	0.6735	45.4	***	0.6401	41.0	**
184	Pfarrer (K)	- 50 Jahre	20	3.28	0.41	3.59	3.22	2.83	0.6979	48.7	***	0.7154	51.2	***
191	Pfarrer (K)	Kontakt: hoch	18	3.25	0.42	3.61	3.20	2.88	0.6646	44.2	***	0.6395	40.9	**
108	Ärzte (R)	Kontakt: mittel	14	3.37	0.37	3.72	3.36	2.91	0.6727	45.3	***	0.7228	52.2	***

Lebenslauf

18.5.1944	Geboren als ältester von drei Söhnen des Pfarrers Karl Mühlen und seiner Ehefrau, Vikarin Emmi Mühlen geb. Bach, in Bad Neuenahr (BRD)
1950-1954	Besuch der Volksschule in Duisburg, wo ich aufgewachsen bin
1954-1963	Besuch des Max-Planck-Gymnasiums in Duisburg; dort Abitur
1963-1969	Studium der evangelischen Theologie an der Kirchlichen Hochschule in Bethel und den Universitäten Göttingen und Bonn
1969-1971	Vikariat in Kirchengemeinden in London (England) und Langenfeld (Rheinland)
1971-1978	Pfarrer einer Kirchengemeinde in Essen
1973	Heirat meiner Frau, Erika geb. Hoffmeister (Kirchenmusikerin und Ärztin)
1978-1983	Studium der Psychologie an der Universität Zürich mit Schwerpunkten in Angewandter und Anthropologischer Psychologie (Hauptfach) und Psychopathologie (Nebenfach)
1981-1986	Psychotherapeutische Ausbildung am C.G.Jung-Institut Zürich. Seit 1984 Tätigkeit als Psychotherapeut
1983	Beginn der vorliegenden Dissertation
1983-1984	Tätigkeit als Assistent für Praktische Theologie und Religionspädagogik am Theologischen Seminar der Universität Zürich
1981-1987	Nebenamtliche Tätigkeit als Lehrbeauftragter in Theologie und Psychologie an den Universitäten Zürich und Fribourg und den Volkshochschulen Zürich und Regensdorf